A Monsieur le Professeur Roger
Doyen de la Faculté de Médecine
en respectueux hommage
G Heuyer
Le 21.V.. 29

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr G. HEUYER

1929

MASSON ET Cie ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
1929

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux (1906).
Interne des hôpitaux (1910).
Doctorat en médecine (médaille d'argent) (1914).
Chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté (1919-1921).
Chef de clinique titulaire des maladies mentales à la Faculté (1921-1922).
Médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police (1920).
Médecin inspecteur des écoles de la Seine (1920).
Médecin des hôpitaux (1923).
Chargé de la clinique annexe de neuropsychiatrie infantile de la Faculté (1925).
Aptitude aux fonctions d'agrégé (1926).
Médecin expert psychiâtre auprès des tribunaux (1927).

PRIX

Lauréat de l'Académie de médecine (prix Lorquet, 1920).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société de psychiâtrie (1920).
Membre de la Société de neurologie (1923).
Membre de la Société de pédiâtrie (1924).
Membre associé de la Société de médecine légale (1925).
Membre correspondant de la Société médico-psychologique (1926).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Chevalier de la Légion d'honneur (1920).
Croix de guerre (2 citations).
Médaille de vermeil des épidémies (1913) (guerre balkanique, mission de la Croix-Rouge).
Médaille d'or des épidémies (1917) (armée serbe).

TITRES MILITAIRES

Service militaire au 2e régiment de zouaves (Oran, 1904-05).
Médecin auxiliaire, 1907.
Mobilisé le 2 août 1914, comme médecin auxiliaire à la Cie divisionnaire 22/1, du 1er génie, à la 2e division coloniale.
Médecin aide-major de 2e classe (20 novembre 1914).
Citation à l'ordre de la 2e division coloniale (O. G. 96 du 15 mai 1915).

Citation à l'ordre du 1er corps d'armée colonial (O. G. 397 du 26 octobre 1915).

Intoxication par les gaz asphyxiants à Massiges (4 novembre 1915).

Hospitalisation à l'hôpital militaire de Marseille.

Congé de convalescence de un mois.

Affecté du 2 janvier 1916 au 27 avril 1916 au service de neurologie du Pr Déjerine à la Salpêtrière.

Envoyé à l'armée d'Orient (27 avril 1916).

Affecté à la 3e ambulance alpine de la division de Morava (armée serbe), 27 avril 1916 au 27 février 1917.

Médecin aide-major de 1re classe (20 novembre 1916).

Affecté à l'ambulance 13/21 à Korytza (Albanie), du 27 février 1917 au 12 décembre 1918.

Affecté au service de neurologie de l'hôpital Buffon du 2 février 1919 au 1er juillet 1919.

Médecin major de 2e classe (1919).

Médecin commandant (1928).

ENSEIGNEMENT

Enseignement comme chef de clinique adjoint et comme chef de clinique titulaire pendant trois ans.

Pendant ces trois années, enseignement de la psychiatrie médico-légale aux élèves de l'Institut médico-légal.

Cours de psychiatrie médico-légale sous la direction de M. le P[r] Claude, à la Faculté, au cours des années 1924-1925-1926-1927-1928-1929.

Cours d'anthropologie criminelle à l'Institut médico-légal sous la direction de M. le P[r] Balthazar et M. le P[r] Claude. Années 1925-1926-1927-1928.

Depuis 1925, chargé du service de la clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile, 379, rue de Vaugirard.

Participation au cours complémentaire de psychiâtrie à la clinique des maladies mentales, sous la direction de M. le P[r] Claude, en 1928.

Participation au cours libre de pratique psychiâtrique, sous la direction de M. le D[r] de Clérambault, à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police. Années 1926-1927-1928.

Cours de Psychiâtrie à l'Institut d'orientation professionnelle (1928).

THÈSES

FAITES SOUS MON INSPIRATION ET SOUS MA DIRECTION

Vives (*Paris*, 1929). — Appendicite et dysenterie.

Muller (*Paris*, 1919). — Contribution au traitement chirurgical des dysenteries.

Poirier (*Paris*, 1920). — Contribution à l'étude des troubles nerveux et mentaux du typhus exanthématique.

Vanheuverswyn (*Paris*, 1924). — La spirillose intestinale au cours des dysenteries.

Deyras (*Paris*, 1925). — La transmission de la syphilis héréditaire.

Longchampt (*Paris*, 1926). — Etude sur quelques observations cliniques des convulsions de l'enfance.

Male (*Paris*, 1927). — Contribution à l'étude du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance.

Zuchman (*Paris*, 1927). — Les hémorragies cérébrales d'origine veineuse chez le nourrisson.

Yasmadjian (*Paris*, 1927). — Les fugues infantiles.

Bouyssou (*Paris*, 1928). — Les voies d'entrée dans la démence précoce.

Néron (*Paris*, 1928). — L'enfant vagabond. Etude médico-légale.

Mlle Vogt (*Paris*, 1929). — Les tumeurs cérébrales chez l'enfant.

MANUELS ET ARTICLES DE TRAITÉS

1° La psychanalyse, in *Traité Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix*. Maloine, édit. Paris, 1926.

2° Les troubles mentaux de la chorée, in *Traité Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, en collaboration avec Babonneix*. Paris, 1926.

3° Les troubles trophique, in *Nouveau traité de médecine*. Masson, édit. Paris, 1928.

4° Thérapeutique du système nerveux, in *Nouvelle Pratique Thérapeutique Médico-Chirurgicale*. Doin, édit. Paris, 1928.

5° Petit précis de neurologie : *Encéphale*. Maloine, édit. Paris, 1927.

6° Anthropologie psychique, in *Traité d'hygiène*. Baillière, édit. Paris, 1928.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

LISTE CHRONOLOGIQUE

ANNÉE 1905

1. — **Anomalie des artères rénales**, avec le Médecin Major Niclot (*Société Anatomique*, mai 1905).

ANNÉE 1910

2. — **Une nouvelle forme de sporotrichose**, en collaboration avec MM. de Beurmann, Gougerot et Bith (*Société Médicale des Hôpitaux*, 21 octobre 1910).

3. — **Sur la nature du pityriasis rubrapilaire**, en collaboration avec MM. de Beurmann et Bith (*Archives de Dermatologie et Syphiligraphie*, décembre 1910).

ANNÉE 1911

4. — **Compression du plexus brachial au cours d'une lymphadénie**, en collaboration avec M. Sézary (*Société de Neurologie*, 1911).

5. — **Myopathie à type scapulaire**, en collaboration avec M. Dejerine (*Société de Neurologie*, 1911).

6. — **Trois cas familiaux de poliomyélite intérieure subaiguë**, en collaboration avec M. Clarac (*Société de Neurologie*, 1911).

7. — **Anatomie pathologique d'un cas de tabes infantile**, en collaboration avec MM. Dejerine et André Thomas (*Société de Neurologie*, décembre 1911).

8. — **Anatomie pathologique d'un cas de zona ophtalmique**, en collaboration avec M. André Thomas (*Société de Neurologie*, 1911).

9. — **Deux cas de pachyméningite cervicale avec inversion des réflexes**, en collaboration avec M. Regnard (*Société de Neurologie*, 1911).

10. — **Un cas d'inversion du réflexe olécrânien**, en collaboration avec M. Dejerine (*Société de Neurologie*, 1911).

ANNÉE 1912

11. — **Paralysie faciale avec zona otique**, en collaboration avec MM. Dejerine et Tinel (*Société de Neurologie*, 1912).

12. — **Le tabes infantile par hérédo-syphilis**, en collaboration avec M. André Thomas (*Encéphale*, 1912).

13. — **Dégénération de la racine descendante du trijumeau et hémorragies bulbo-protubérantielles dans un cas de zona ophtalmique**, en collaboration avec M. André Thomas (*Société de Neurologie*, 12 décembre 1912).

14. — **Variations de la lymphocytose dans le tabes**, en collaboration avec M. Sezary (*in* Article de Sezary, *Gazette des Hôpitaux*, 1912).

15. — **Une épidémie de para-typhoïde B à l'Hôpital Boucicaut**, en collaboration avec M. Bergeron (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1912).

ANNÉE 1913

16. — **Deux cas de cyanose congénitale permanente avec autopsie**, en collaboration avec M[lle] Campergue (*Société anatomique*, 1913).

17. — **Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, sténose infundibulaire, avec malformations multiples du cœur. Leur origine endomyocardique**, en collaboration avec MM. Letulle, Aubourg et Lebon (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1913).

18. — **Un hôpital auxiliaire à Philipopoli** (*Caducée*, 19 avril 1913).

19. — **Trois mois dans les Balkans** (*Journal mensuel du médecin et du chirurgien*, juin 1913).

20. — **Trois observations de cyanose congénitale permanente** (*Presse Médicale*, juin 1913).

ANNÉE 1914

21. — **Quelques souvenirs des Balkans** (*Journal « L'Orient »*, février 1914).

22. — **Présentation d'une cénestopathe**, en collaboration avec MM. Dupré et Devaux (*Société Médicale des Hôpitaux*, février 1914).

23. — **Chorée chronique intermittente à début infantile**, en collaboration avec M. Dupré (*Société de Neurologie*, 2 avril 1914).

24. — **Fracture du crâne ; contusion cérébrale par contre-coup ; tuberculose des surrénales**, en collaboration avec M. Dupré (*Société de Médecine Légale*, 6 avril 1914).

25. — **Syndrome de Brown-Sequard. Lésion de la moelle cervicale par balle**, en collaboration avec MM. Dupré et Bergeret (*Société de Neurologie*, 7 mai 1914).

26. — **Macrogénitosomie précoce**, en collaboration avec M. André Collin, 7 mai 1914.

27. — **Hérédo-syphilis des deux tibiae à forme inflammatoire**, en collaboration avec M. Méry (*Société de Pédiatrie*, 22 mai 1914).

28. — **Insuffisance surrénale aiguë au conrs d'une tnherculose surrénale latente, se manifestant à l'occasion d'une fièvre typhoïde**, en collahoration avec M. Méry (*Société de Pédiatrie*, 22 mai 1914).

29. — **Néphrite sèche et syphilis**, en collaboration avec M. Prosper Merklen (*Société anatomique*, 12 juin 1914 et *Presse Médicale*, 1916).

30. — **Enfants anormaux et délinquants juvéniles** (*Thèse*, Paris, 1914. Médaille d'argent de la Faculté)

ANNÉE 1918

31. — **Un cas de leishmanioee cutanée**, en collaboration avec M. Cornet (*Bulletin de la Société des Maladies exotiques*, 13 février 1918 et *Paris-Médical*, 1918).

32. — **Les indications de la cæcostomie dans le traitement des dysenteries**, en collaboration avec M. Leveuf (*Revue de Chirurgie*, mars-avril 1918).

ANNÉE 1919

33. — **Étude sur une localisation régionale à Koritza d'Alhanie de la pandémie grippale**, en collaboration avec M. Caillié (*Académie de médecine*, 21 janvier 1919).

34. — **De la nécessité de l'examen psychiatrique des enfants anormaux à l'école** (*Presse Médicale*, 3 avril 1919).

35. — **Quelques recherches cliniques sur le typhus exanthématique en Alhanie** (*Paris Médical*, 19 avril 1919 et *Thèse* Poirier, Paris, 1920).

36. — **Enquête sur l'état sanitaire des enfants des région libérées** (*Rapport au Congrès d'Hygiène sociale, Section d'Hygiène scolaire*, 24 avril 1919; *Académie de Médecine*, 29 avril 1919).

37. — **Note sur la cytologie et la bactériologie du liquide céphalo-rachidien dans le typhus exanthématique** (*Société de Biologie*, 14 juin 1919).

38. — **Sommeil en présence de l'ennemi. Crises de narcolepsie. Leur équivalence épileptique** (*Société de Psychiâtrie*, octobre 1919).

39. — **Ictère congénital et mouvement choréo-athétosique. Syndrome rappelant la maladie de Wilson**, en collaboration avec M. Mage (*Société de Neurologie*, 6 novembre 1919).

40. — **Un cas d'apraxie idéomotrice**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, décembre 1919).

ANNÉE 1920

41. — **Anomalies morphologiques graves chez nn déhile mental, pervers instinctif, alcoolique chroniqne**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, mars 1920).

42. — **Appendicite et syndrome pseudo-appendiculaire des dysenteries**, en collaboration avec M. Leveuf (*Annales des maladies du tube digestif*, janvier 1920 et *Thèse* de Vives, Paris, 1919).

43. — **L'intervention chirurgicale dans les formes graves de dysenterie**, en collaboration avec M. Leveuf (*Paris-Médical*, 10 avril 1920 et *Thèse* Muller, Paris, 1919).

44. — **Délire d'imagination et réaction méningée**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, 22 avril 1920).

45. — **Deux observations de cénestopathie**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, 20 mai 1920).

46. — **Encéphalite léthargique** (*Revue Générale. L'Hôpital*, mai 1920).

47. — **Myopathie progressive à forme pseudo-hypertrophique**, en collaboration avec M. Semelaigne (*Société de Neurologie*, juin 1920).

48. — **Débilité mentale avec obésité dysendocrinienne chez un hérédo-syphilitique**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, 15 juillet 1920).

49. — **Surdité et amyotrophie progressive**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, 15 juillet 1920).

50. — **Paralysie générale juvénile. Hérédo-syphilis. Syndrome endocrinien**, en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, 15 juillet 1920).

51. — **Idées d'influence au cours de l'excitation maniaque**, en collaboration avec M. Logre (*Congrès de Strasbourg*, 1920).

52. — **Vomissements incoercibles causés par un tubercule du cervelet au cours d'une grossesse** (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 8 novembre 1920, en collaboration avec M. Vaudescal).

53. — **Sur quelques cas de hoquet paraissant épidémique**, en collaboration avec M. Logre (*Société de Neurologie*, 2 décembre 1920 et *Gazette des Hôpitaux*, 18 décembre 1920).

ANNÉE 1921

54. — **Un débile calculateur de calendrier** en collaboration avec M. Semelaigne (*Société de Psychiâtrie*, 22 janvier 1921).

55. — **Co-existence de syphilis dermotrope et de syphilis neurotrope**, en collaboration avec M. Borel (*Société de Psychiâtrie*, 17 mars 1921).

56. — **Examen neuro-psychiatrique des écoliers** (*Congrès d'Hygiène scolaire*, 2 avril 1921).

57. — **Éducation sensorielle. Principes. Méthodes. Résultats**, en collaboration avec M. et Mme Pernet (*Congrès d'Hygiène scolaire*, 2 avril 1921).

58. — **Utilisation d'une paranoïaque par un autre paranoïaque. Réactions inter-psychologiques**, en collaboration avec M. Santenoise (*Société de Psychiâtrie*, 15 décembre 1921).

ANNÉE 1922

59. — **Les troubles du caractère chez l'enfant** (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 février 1922).

60. — **Le rôle du médecin scolaire dans l'orientation professionnelle de l'écolier** (*Bulletin Médical*, 24 mai 1922).

61. — **Le délire de rêverie**, en collaboration avec M. Borel (*Société de Psychiâtrie*, 15 juin 1922).

62. — **Caféisme subaigu**, en collaboration avec M. Borel (*Société clinique de médecine mentale*, 20 juin 1922).

63. — **A propos d'une nouvelle épidémique de hoquet**, en collaboration avec MM. Logre et Bourgeois (*Société de Neurologie*, 7 décembre 1922 et *Gazette des Hôpitaux*, 13 janvier 1923).

ANNÉE 1923

64. — **Deux cas de myopathie à forme de myosclérose**, en collaboration avec M. Lereboullet (*Société de Neurologie*, 8 juin 1923).

65. — **Epilepsie psychique mnésique**, en collaboration avec M. Merklen (*Société de Psychiâtrie*, 22 juin 1923).

66. — **Crampe de la lecture à haute voix**, en collaboration avec M. Dryras (*Société de Neurologie*, 5 juillet 1923).

67. — **Spasme professionnel. Torticolis spasmodique avec contracture des pectoraux**, en collaboration avec Mlle Zimmer (*Société de Neurologie*, 6 mars 1923).

ANNÉE 1924

68. — **La Psychanalyse**, in *Traité de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix*. Psychiâtrie, 2e édition.

69. — **L'assistance sociale aux anormaux** (*Rapport à la Société de Pédiâtrie*, mai 1924).

70. — **Nécessité de l'examen médical dans le classement, le traitement et l'orientation professionnelle des enfants arriérés** (*Congrès des Instituteurs d'arriérés*, 28 avril 1924).

71. — **La Psychanalyse** (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 août 1924)

72. — **Les troubles mentaux de la chorée**, en collaboration avec M. Babonneix, in *Traité de Sergent*, Psychiâtrie, 2e édition.

73. — **Nécessité de Médecins inspecteurs spécialisés pour l'examen des enfants anormaux** (*Bulletin de la Ligue d'Hygiène Mentale*, page 86).

74. — **Discussion sur nn cas d'automatisme mental datant de 20 ans**, en

collaboration avec M. Lamache (*Société Clinique de Médecine mentale*, 15 décembre 1924).

75. — **Epilepsie et automatisme mental**, en collaboration avec M. Lamache (*Société de Psychiâtrie*, 18 décembre 1924).

ANNÉE 1925

76. — **Obésité d'origine nerveuse probable chez un hérédo-syphilitique**, avec MM. Grenet et Camino (*Société de Pédiâtrie*, 20 janvier 1925).

77. — **Délire de rêverie et automatisme mental**, en collaboration avec M. Lamache (*Société de Psychiâtrie*, 19 février 1925).

78. — **Perplexité et automatisme mental**, en collaboration avec M. Lamache (*Société de Psychiâtrie*, 23 avril 1925).

79. — **Signes de fragilité cérébrale chez les enfants bien doués** (*Bulletin de la Société d'Hygiène mentale*, juin 1925).

80. — **Les délires d'influence symptomatiques**, en collaboration avec M. Lamache (*La Pratique Médicale Française*, mai 1925).

81. — **Le symptôme de devinement de la pensée**, en collaboration avec M. Lamache (*Congrès des neurologistes et aliénistes de langue française*, à Paris, juin 1925 et *Société de Psychiâtrie*, juin 1925).

82. — **Résultat de trois années d'orientation professionnelle**, en collaboration avec M. Lahy (*Congrès des neurologistes et aliénistes de langue française*, Paris, juin 1925).

83. — **Atrophie musculaire polynévritique avec vivacité des réflexes tendineux chez un enfant tuberculeux**, avec MM. Lereboullet et Gournay (*Société de Neurologie*, 2 juillet 1925).

84. — **La prophylaxie mentale chez l'enfant. Assistance aux enfants anormaux, création d'une consultation de neuro-psychiatrie infantile** (*Paris-Médical*, 21 octobre 1925 et *Bulletin de la Société de Pédiâtrie*, décembre 1925).

85. — **Tétanos grave guéri par les injections massives de sérum antitétanique**, en collaboration avec M[lle] Petot (*Société de Pédiâtrie*, 20 octobre 1925).

86. — **Luxations congénitales multiples et laxité ligamentaire anormale**, en collaboration avec M. Gournay (*Société de Pédiâtrie*, 20 octobre 1925).

87. — **Considérations sur 14 cas de perversions post-encéphalitiques. Vœu concernant l'hospitalisation des enfants pervers encéphalitiques** (*Société de Psychiâtrie*, 19 novembre 1925).

ANNÉE 1926

88. — **Automatisme mental et syphilis**, en collaboration avec M. Sizaret (*Société de Psychiâtrie*, 21 janvier 1926).

89. — **Leçon inaugurale du cours de neuro-psychiatrie infantile**, le 12 janvier 1926 (*Semaine Médicale des Hôpitaux*, 1926).

90. — **Le devinemsnt de la pensée et contribution à l'étnde de l'origine organique de l'automatieme mental** (*Mémoire pour l'agrégation*, février 1926 et *Annales médico-psychologiques*, décembre 1926).

91. — **Nécessité de l'examen médical chez tous les enfants délinquants**, en collaboration avec M[lle] Badonnel (*Congrès de médecine légale*, 27 mai 1926 et *Pratique Médicale française*, novembre 1926).

92. — **Considérations sur lee convulsions essentielles de l'enfance**, en collaboration avec le D[r] Longchamp (*Société de Psychiâtrie*, 9 juillet 1926 et *Thèse* Longchamp, Paris, 1926).

93. — **Lee bourreaux domestiques** (*Pratique Médicale française*, juin 1926).

94. — **Les troubles du sommeil chez l'enlant** (*Journal Médical français*, novembre 1926).

95. — **Automatisme mental et obsessions**, en collaboration avec M. Lelong (*Société de Psychiâtrie*, novembre 1926).

96. — **Un cae d'automatisme mental post-onirique chez un enfant**, en collaboration avec M[lle] Badonnel (*Société Médico-Psychologique*, novembre 1926).

97 — **Conditions de eanté à envisager au point de vue du mariage dans lss maladies mentales et nerveuees et dane les intoxications** (*Conférence faite à la Société d'Eugénique*, 7 mai 1926 et *Bulletin Médical*, 1927).

ANNÉE 1927

98. — **Convulsions essentielles de l'enfance et spasmophilie**, en collaboration avec M. Longchamp (*Paris-Médical*, mars 1927).

99. — **But st méthodes de la nsuro-psychiâtrie infantile** (*Archives de Médecine des enfants*, 1927).

100. — **Les myastbénies** (*Semaine Médicale des Hôpitaux*, juillet 1927).

101. — **Technique de l'examen nsuro-psychiâtrique des enfants délinquants** (*Rapport au Comité de l'Enfance* et *Journal d'Hygiène mentale*, juillet 1927).

102. — **Perversions instinctives et troubles du caractère post-thyphoïdiquss**, en collaboration avec M[lle] Badonnel (*Société de Psychiâtrie*, 18 avril 1927)

103. — **Réponse à la critique de M. Ceillier sur ce que l'on appelle l'automatisme mental** (*Société de Pyschiâtrie*, 19 mai 1927).

104. — **Un cas de mutisme chez un enfant myopathique, ancien convulsif. Guérison du mutisme par la psychanalyse**, en collaboration avec M[me] Morgenstern (*Société de Psychiâtrie*, 19 mai 1927).

105. — **Les psychoses passionnelles.** Leçon faite à l'Association Médicale d'enseignement des Hôpitaux de Paris, le 29 mai 1927, et publiée dans la *Semaine Médicale des Hôpitaux*, 15 novembre et 1[er] décembre 1927.

106. — **Services libres et internement d'office** (*Société de Médecine légale*, 13 juin 1927 et *Pratique Médicale française*, juin 1927).

107. — **Méthode de dépistage des anormaux psychiques dans une école de la Ville de Paris**, en collaboration avec M. Laut (*Congrès de Psychotechnique*, juin 1927).

108. — **Examen médico-psychologique des enfants délinquants**, en collaboration avec MM. Roubinovitch et Paul-Boncour (*Congrès de Médecine légale de Lyon*, 6 juillet 1927).

109. — **Fonctionnement de la clinique de neuro-psychiâtrie infantile**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Presse Médicale*, 8 décembre 1927).

110. — **L'assistance aux enfants psychopathes en Allemagne** (*Siècle Médical*, octobre 1927, et, en collaboration avec Gilbert Robin, *Revue d'Allemagne*, mai 1928).

111. — **Spasme de torsion**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Société de Neurologie*, décembre 1927).

ANNÉE 1928

112. — **Faut-il toujours soigner les vieilles syphilis nerveuses ?** (*Société Médicale des Hôpitaux*, 13 janvier 1928).

113. — **Les enfants anormaux. Intérêt de la question** (*Revue Philanthropique*, 1928).

114. — **Sur la vente sans ordonnance d'elixir parégorique par les pharmaciens** (*Société de Médecine légale*, avril 1928).

115. — **Encéphalite polymorphe. Considérations médico-légales**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Société de Psychiâtrie*, avril 1928).

116. — **Troubles du caractère et perversions post-encéphalitiques. Considérations médico-légales**, en collaboration avec M. Leguillan (*Société de Psychiâtrie*, 24 mai 1928).

117. — **Fonctionnement du centre d'observation de la clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Hygiène Mentale*, mai 1928).

118. — **Quelques recherches étiologiques en neuro-psychiâtrie infantile** (*Hygiène Mentale*, mai 1928).

119. — **Plan d'assistance aux enfants anormaux. Création de services ouverts pour enfants**, en collaboration avec Mlle Serin (*Archives de Médecine des enfants*, juillet 1928).

120. — **Présentation d'un débile calculateur de calendrier**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Société de Psychiâtrie*, 21 juin 1928).

121. — **Présentation de deux paralysies générales juvéniles**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Société de Psychiâtrie*, 21 juin 1928).

122. — **L'enfant vagabond** (*Le Mouvement sanitaire*, septembre 1928 et *Thèse* de Néron, Paris, 1928).

123. — **L'hérédité des perversions instinctives**, en collaboration avec Mlle Badonnel (*Hygiène Mentale*, juin 1928).

124. — **Mesures de protection en faveur de l'enfance en danger moral** (*Paris-Médical,* 17 novembre 1928. Traduit en italien par le Dr Lévy-Bianchini dans la *Revista Psychiatria*).

125. — **Dysostose crânienne non héréditaire**, en collaboration avec Mlle Bach (*Société de Pédiâtrie,* octobre 1928).

126. — **Méningite hérédo-syphilitique**, en collaboration avec Mlle Bach (*Société de Pédiâtrie,* octobre 1928).

127. — **Tempérament et caractère**, en collaboration avec Mlle Serin (*Congrès International de Psychotechnique d'Utrecht,* septembre 1928).

128. — **Réponse à M. Simon au sujet de la sélection des enfants anormaux dans les écoles** (*Bulletin de la Société Pédagogique,* 17 novembre 1928).

129. — **Psychose encéphalitique. Réactions médico-légales. Automatisme mental**, en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de Psychiâtrie,* décembre 1928).

130. — **Automatisme mental et syphilis**, en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de Psychiâtrie,* décembre 1928).

ANNÉE 1929

131. — **Les voies d'entrée dans la démence précoce**, en collaboration avec Mlles Badonnel et M. Bouyssou (*Annales Médico-Psychologiques,* janvier, février, mars 1929).

132. — **Deux cas d'angiome cérébral**, en collaboration avec M. Cl. Vincent (*Société de Neurologie,* février 1929).

133. — **L'hérédité précessive**, en collaboration avec M. Logre (*Bulletin Médical,* 27 février 1929).

134. — **Intoxication chronique au Somnifène**, en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de Psychiâtrie,* mars 1929).

135. — **Perversions instinctives chez deux cousins germains, produits de métissage et hérédo-syphilitiques**, en collaboration avec Mlle Serin (*Société de Psychiâtrie,* avril 1929).

136. — **Les troubles du caractère en psychiâtrie scolaire**, en collaboration avec M. Gouriou (*Journal Médical français,* juin 1929).

137. — **Délinquance infantile et juvénile**, en collaboration avec Mlle Serin (*Journal Médical français,* juin 1929).

138. — **Spondylose cervicale, d'origine traumatique**, en collaboration avec M. Ribadeau-Dumas (*Société de Neurologie,* juin 1929).

139. — **Le barbiturisme chronique**, en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de Médecine légale,* juin 1929).

140. — **A propos de l'hystérie infantile** (*Société de Pédiâtrie,* mai 1929).

141. — **Le mentisme**, en collaboration avec M. Lamache (*Pratique Médicale française,* décembre 1928 et *Encéphale,* mai 1929).

RÉSUMÉ ANALYTIQUE
DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Depuis le début de notre internat, nous avons porté notre attention sur quatre ordres de recherches, selon une évolution naturelle qui nous a amené progressivement de la médecine générale à la psychiâtrie. C'est ainsi qu'il nous est possible de suivre sans difficulté la chronologie de nos travaux, en les classant dans les quatre groupes suivants :

1. — Médecine générale.
2. — Neurologie.
3. — Psychiâtrie générale.
4. — Neuro-psychiâtrie infantile.

I. — MÉDECINE GÉNÉRALE.

Anomalie des artères rénales (4 pages, 3 figures), en collaboration avec M. le Médecin Major Niclot (*Communication faite à la Société Anatomique de Paris*, in *Bulletin de la Société*, mai 1925).

La pièce que nous avons présentée comporte deux anomalies :

d'une part, une ectopie rénale des reins en fer à cheval, logée à la hauteur de l'angle sacro-vertébral ;

d'autre part, l'existence, dans chaque rein, de trois artères rénales.

L'originalité de notre communication, outre la constatation de ces anomalies, consistait surtout dans l'étude de la distribution anatomique de ces artères rénales, grâce à la radiographie et à l'emploi d'une substance fluide bismuthée. Ce procédé d'études, rare à l'époque, a depuis été très souvent utilisé dans l'étude des artères viscérales et cérébrales.

Une nouvelle forme de sporotrichose (6 pages, 2 fig.), en collaboration avec MM. de Beurmann, Gougerot et Bith (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1910).

Les trois observations que nous avons rapportées viennent une fois de plus démontrer la fréquence de la sporotrichose.

La première est intéressante au point de vue clinique, puisqu'elle est un exemple d'une forme nouvelle de sporotrichose de de Beurmann : *forme à grands abcès froids multiples*, et aussi parce qu'elle montre que certaines périostites sporotrichosiques des phalanges peuvent ressembler au *spina ventosa* tuberculeux.

Elle est intéressante au point de vue parasitologique, en raison des

contrôles et des recherches qu'elle nous a permis de faire sur le pus sporotrichosique.

Elle est intéressante enfin au point de vue thérapeutique, car elle nous a fourni l'occasion d'appliquer le traitement arsenical local aux lésions sporotrichosiques.

Pityriasis rubra-pilaire familial (10 pages, 4 fig.), en collaboration avec MM. de Beurmann et Bith (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, décembre 1910).

Nous avons rapporté les observations de quatre de nos malades, frères et sœurs.

C'est la première fois qu'une série de ce genre a été observée et que l'on peut décrire un pityriasis rubra-pilaire familial.

La nature familiale de la maladie, l'existence de plusieurs tuberculeux dans la famille, la poussée provoquée par l'hiver, le coup de fouet donné par la grossesse, l'intra-dermo-réaction positive et intense dans tous les cas où elle a pu être faite, fournissent un faisceau d'arguments sérieux en faveur de la nature tuberculeuse des cas de pityriasis rubra-pilaire que nous avons rapportés.

Si cette conclusion est discutée comme prématurée, nous aurons montré au moins que le pityriasis rubra-pilaire peut être une maladie familiale, qu'il présente souvent des poussées provoquées par l'hiver, qu'il peut être exacerbé par la grossesse, sans que l'enfant présente de lésions cutanées à sa naissance et enfin que les malades qui en sont atteints réagissent à la tuberculine.

Une épidémie de para-typhoïde B à l'hôpital Boucicault (4 p.), en collaboration avec M. Bergeron (*Société Médicale des Hôpitaux*, octobre 1912).

Nous avons rapporté l'observation d'une épidémie ayant frappé 17 personnes dans le quartier de l'hôpital Boucicaut.

Nous avons pu identifier tous les cas comme étant dus à une infection para-typhique B.

Nous avons montré les agglutinations de groupe des bacilles typhiques et paratyphiques, et employé pour les identifier la méthode, alors récente, de Castellani : la saturation des agglutinines.

Trois observations de cyanose congénitale permanente avec autopsie (3 pages, 5 figures) (*Société Anatomique*, 1913. *Presse Médicale*, 28 juin 1913 et *Thèse* de Mlle Campergue, Paris, 1913).

Nous avons rapporté trois cas de cyanose congénitale permanente dont nous avons eu l'occasion de faire l'autopsie.

Nous avons discuté, à ce sujet, la pathogénie des malformations cardiaques qui constitue la tétralogie de Fallot. L'intensité des lésions inflammatoires observées dans nos cas nous a fait rejeter la théorie tératologique et accepter la théorie de l'endocardite fœtale de Lancereaux.

La grande objection que l'on fait à la théorie de l'endocardite est la nécessité de la production de l'infection sur l'artère pulmonaire, après le cloisonnement du bulbe et avant la fin du cloisonnement des ventricules, c'est-à-dire entre la 6e et la 8e semaine (Coste, Ecker, Schmidt). Mais la raison ni les faits ne s'opposent à cette éventualité qui, acceptée, rend compte de toutes les malformations cardiaques de la maladie bleue. Cette théorie a l'avantage de rattacher logiquement à une même cause les lésions inflammatoires et les anomalies morphologiques dont la coïncidence dans nos observations ne paraît pas accidentelle.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Sténose infundibulaire avec malformations multiples du cœur. Leur origine endo-myocardique (4 pages, 3 figures), en collaboration avec MM. Letulle, Aubourg, Lebon (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1913).

Dans cette observation encore, les lésions inflammatoires sont tellement intenses qu'il est impossible de n'en pas tenir compte au point de vue pathogénique. Seule l'origine infectieuse peut expliquer la production de ces malformations multiples du cœur.

Fracture du crâne. Contusion cérébrale par contre-coup. Tuberculose des surrénales (3 pages), en collaboration avec M. Dupré, (*Société de Médecine légale*, 6 avril 1914).

L'observation présente un intérêt médico-légal.

Le malade entré à l'hôpital dans le coma présentait une fracture

du crâne. L'autopsie montra une contusion cérébrale par contre-coup, mais en outre une méningite tuberculeuse localisée avec une tuberculose bi-latérale des surrénales.

Les résultats de l'autopsie ont permis de résoudre le problème médico-légal qui était posé à l'occasion de l'accident survenu au cours du travail.

Hérédo-syphilis des deux tibias à forme inflammatoire (4 pages, 1 fig.), en collaboration avec M. Méry (*Société de Pédiâtrie*, 22 mai 1914).

L'observation que nous rapportons concerne un enfant de 14 ans qui présentait une tuméfaction tibiale chez lequel la bilatéralité des lésions, le siège diaphysaire et l'épaississement du périoste, visible à la radiographie, la réaction de Wassermann positive, l'amélioration par le traitement mercuriel permettaient d'affirmer la nature hérédo-syphilitique de l'affection.

Les observations de ce genre sont assez rares. L'intérêt du cas que nous rappoitons réside dans la forme inflammatoire subaiguë fébrile qu'a prise cette syphilis périostique des deux tibias.

Syndrome d'insuffisance surrénale aiguë au cours d'une tuberculose surrénale latente et se manifestant à l'occasion d'une fièvre typhoïde (4 pages), en collaboration avec M. Méry (*Société de Pédiâtrie*, 12 mai 1914).

L'observation que nous rapportons est un cas nouveau et particulièrement démonstratif d'une insuffisance surrénale aiguë éclatant à l'occasion d'une infection, en l'occurrence une fièvre typhoïde, au cours d'une tuberculose rénale jusque-là demeurée latente.

Au point de vue symptomatique, l'insuffisance surrénale, pendant les quelques heures de séjour du malade à l'hôpital, ne pouvait être soupçonnée que par la rapidité et la faiblesse extrême du pouls. Nous n'avons pas observé le phénomène de la ligne blanche. En tout cas la tuberculose surrénale, qui ne s'était manifestée auparavant par aucun des symptômes cardinaux de la série addisonienne, fut une surprise d'autopsie. Anatomiquement les surrénales étaient presque complètement détruites ; il y avait une hypoépinéphrie évidente

presque sans spongiocytose des cellules, et avec une réaction fibroïde très uette. On comprend comment l'infection typhoïque, au début de son évolution, — comme le montre l'histoire clinique et l'examen histologique des ulcérations — ait rendu suraiguë l'insuffisance des glandes en si manifeste hypofonctionnement anatomique.

Dans le cas que nous rapportons, l'insuffisance surrénale latente a éclaté brusquement au début d'une fièvre typhoïde.

Des observations analogues ont été publiées, où l'insuffisance surrénale s'est manifestée à l'occasion d'une chute (Shar), d'une angine pultacée (Ménetrier et Oppenheim), d'une opération chirurgicale (Doleris et Malartic), d'un accouchement (Morris Davey). M. Sergent a insisté sur le rôle de ces insuffisances surrénales latentes, et notre observation nous a paru devoir confirmer ses conclusions.

Néphrites sèches et syphilis (3 pages, 5 fig.), en collaboration avec M. Merklen (*Société Anatomique*, 12 juin 1914 et *Presse Médicale*, 1916).

On s'efforce actuellement de préciser le rôle de la syphilis dans la genèse des affections cardio-vasculaires. Pendant longtemps méconnue, l'intervention de la syphilis fut tout d'abord admise pour une minorité de cas ; elle prit plus tard une extension voisine peut-être de l'exagération. En tout cas la question demeure à l'étude, ce que justifient sans conteste les progrès apportés au diagnostic de la syphilis.

Nous retiendrons ici une des modalités des *néphrites chroniques sèches*, qui sont toujours liées, on le sait, à des manifestations circulatoires.

Il s'agit d'une forme de néphrite qui se montre chez des individus indemnes d'artériosclérose au sens clinique habituel du terme, ce qui n'implique pas l'intégrité de l'appareil vasculaire. De plus ils sont relativement encore peu âgés. Certains d'entre eux n'ont que 30 ou 40 ans ; ils ne dépassent pas en général de beaucoup la cinquantaine. Dans les descriptions de l'ancienne néphrite interstitielle, divers auteurs avaient déjà remarqué l'âge peu avancé de quelques-uns de leurs malades, et le plus jeune des sujets envisagés par Lecorché et Talamon dans leurs *Études médicales* avait 36 ans. Widal a fait débuter après la quarantaine le syndrome d'hypertension vasculaire.

L'affection rentre dans le cadre des néphrites hypertensives ou

dans celui des néphrites azotémiques. Lorsqu'existe de la chlorurémie, elle demeure cliniquement latente, sauf dans les dernières périodes où l'œdème est pour ainsi dire de règle.

Ces malades s'opposent aux artérioscléreux classiques de 60 ans ou davantage. Si les deux groupes sont bien de la même famille, si nombre de lésions et de symptômes leur sont communs, ils doivent leur individualité à leurs origines différentes. Dans l'un c'est l'artériosclérose qui est en jeu, avec toutes ses obscurités et toute sa complexité ; dans l'autre, c'est surtout l'infection qui doit être incriminée.

Parmi les infections capables de réaliser la forme de néphrite que nous avons en vue, la syphilis tient certainement une place importante, comme en témoignent les observations de quelques auteurs et surtout celles de Letulle et Bergeron.

Nous sommes en mesure de relater trois observations de néphrite sèche chez des syphilitiques.

La première se rapporte à un sujet qui se savait syphilitique, mais ne présentait aucun symptôme actuel de son affection et n'en aurait jamais présenté, hors le chancre, d'après ses affirmations.

La deuxième observation vise une femme dont le passé et le présent accusent cliniquement la syphilis, confirmée par une réaction de Wassermann positive.

La troisième observation a trait à un sujet chez qui la syphilis fut révélée par l'examen du fond de l'œil. Le Wassermann n'a été pratiqué que dans le liquide céphalo-rachidien, où il se montra négatif.

La syphilis devait encore s'affirmer par l'examen microscopique des pièces d'autopsie.

Ces observations contribuent à prouver l'utilité de la recherche de la syphilis chez de semblables malades. Il y a lieu, on le voit, de recourir aux trois modes d'investigation habituels : aveu du malade et anamnèse, présence d'accidents spécifiques, réaction de Wassermann.

Il semble que, dans l'état actuel des choses, on doive distinguer deux variétés essentielles de brightiques secs. D'une façon très générale l'âge du malade peut servir entre elles de ligne de démarcation.

a) Dans la seconde partie de l'existence, les malades sont des artérioscléreux à détermination rénale. Lorsque, en même temps, ils sont entachés de syphilis, cette dernière n'intervient pas en règle dans la genèse de la maladie ou, si elle intervient, ce n'est qu'à titre accessoire.

b) Dans la première partie de l'existence, l'affection, que ne signale aucune manifestation artérioscléreuse, est, dans différents cas, d'origine syphilitique ; il faut toutefois se garder de généraliser cette notion et de pousser le privilège de la syphilis aux limites de l'exclusivisme. Jusqu'à plus ample informé, on peut accepter que la moitié des faits environ relève de la syphilis. Il s'agit toujours alors de syphilis qui datent de quelques années, et la maladie réalise une forme de *syphilis rénale tertiaire*.

Ces malades prennent place à côté des nombreux sujets frappés d'aortite spécifique avec hypertension et cardiomégalie. Chez ces derniers, une légère albuminurie vient maintes fois affirmer la participation rénale du processus. Inversement, nos malades présentaient des manifestations cardiaques ou aortiques plus ou moins accusées. On a bien l'impression que dans les deux cas un même processus est en jeu, orienté soit dans le sens de l'aortite, soit dans celui de la néphrite chronique ; le plus souvent l'organe d'abord épargné succombe à son tour, et le malade entre dans le cadre complexe des « cardiorénaux ».

Des quelques faits publiés, on ne peut pas conclure que la thérapeutique spécifique, mercurielle ou arsenicale, jouisse de quelque action chez les brightiques secs.

Cas de leishmaniose cutanée (leishmania furonculosa, observée dans les Balkans) (3 pages, 3 fig.), en collaboration avec M. Cornet (*Bul. Société de pathologie exotique*, 13 février 1917 et *Paris-Médical*, 18 mai 1919).

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de leishmaniose cutanée « bouton d'Orient ».

C'est le premier cas de ce genre qui fut signalé dans les Balkans. D'autres cas ont été publiés ultérieurement par des médecins de l'Armée d'Orient et par des médecins grecs.

RECHERCHES SUR LA DYSENTERIE

Appendicite et syndrome pseudo-appendiculaire des dysenteries (23 pages), en collaboration avec M. LEVEUF (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*).

Nous avons constaté tous les degrés des lésions de l'appendice au cours des dysenteries amibiennes :

Simple présence d'amibes dans l'appendice sans ulcérations.

Ulcérations de l'appendice avec abondantes amibes dysentériques dans le pus des ulcérations.

Perforation de l'appendice avec tous les degrés de péritonite consécutive, et présence d'amibes dans le pus péritonéal.

La dysenterie aiguë amibienne peut donc se compliquer *d'appendicite vraie,* l'appendice étant envahi au même titre que le reste du tube digestif.

Chez quatre de nos malades, l'ulcération aboutit à la perforation avec péritonite généralisée à forme asthénique : le point de départ appendiculaire fut révélé par l'autopsie.

Le diagnostic clinique précis est pratiquement impossible, la réaction appendiculaire étant noyée dans les signes de dysenterie aiguë grave avec prédominance des lésions au niveau de la région cæco-appendiculaire.

Au cours des dysenteries chroniques récidivantes, qu'elles soient amibiennes ou bacillaires, on peut voir apparaître *un syndrome pseudo-appendiculaire* : douleurs dans la fosse iliaque droite, contracture de la paroi, température à 39-40°.

Nous rapportons huit observations où les malades furent envoyés à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. En général, on voit survenir au bout de quelques jours les signes nets d'une poussée de dysenterie. Ce syndrome ne paraît pas dû à une appendicite vraie, mais à des lésions de typhlite ulcéreuse dysentérique.

Ces faits présentent un intérêt thérapeutique.

Lorsqu'on a posé les indications d'une cæcostomie, comme traitement d'une dysenterie aiguë grave, il ne faut jamais manquer d'enlever l'appendice.

Le syndrome pseudo-appendiculaire, survenant au cours d'une dysenterie récidivante, ne paraît pas justiciable d'un traitement chirurgical. Nos huit malades guérirent par l'application du traitement médical approprié.

La collaboration médico-chirurgicale dans le traitement des dysenteries.

Les indications de la cæcostomie dans le traitement des dysenteries (29 pages), en collaboration avec M. Leveuf (Mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie*, mars-avril 1916).

L'intervention chirurgicale dans les formes graves des dysenteries (29 pages). Article publié dans le *Paris-Médical*, 10 avril 1920 (en collaboration avec M. Leveuf).

Contribution à l'étude des dysenteries et de leur traitement chirurgical (Muller, *Thèse* de Paris, 1919).

Pendant l'hiver 1917-1918, nous avons assisté à Korytza (Albanie), à une grande épidémie de dysenterie. Nous avons pu, avec Leveuf, recueillir 700 observations et pratiquer 49 autopsies complètes qui nous ont permis de dégager un certain nombre de faits cliniques et anatomo-pathologiques du plus grand intérêt.

Dans certains cas graves, la thérapeutique médicale préconisée à l'heure actuelle (émétine, sérum antidysentérique) s'est montrée insuffisante. C'est alors que nous avons eu recours à la cæcostomie, dont les résultats ont dépassé nos espérances.

Dysenteries aiguës.

Les autopsies nous ont montré que, dans les formes aiguës de la maladie, le décès est dû, soit à une *perforation* (8 cas), soit à une *hémorragie* (2 cas).

La perforation siégeait quatre fois sur le cæcum, deux fois sur

l'appendice, une fois sur l'S iliaque, dans un cas il existait des perforations multiples : une sur l'S iliaque, une autre sur le côlon descendant, la troisième à l'union du cæcum et du côlon ascendant.

Cette fréquence des perforations au niveau de la partie initiale du gros intestin est en contradiction avec les données classiques qui font de l'S iliaque le siège d'élection des accidents.

Nous avons d'ailleurs constaté que le cæcum paraît se défendre moins bien contre l'ulcération dysentérique que la partie terminale du gros intestin. Dans toutes nos autopsies, nous avons vu les parois de l'S iliaque considérablement épaissies, alors que le cæcum, rempli d'ulcérations, gardait son épaisseur normale.

Dans deux cas, la perforation siégeait sur l'appendice.

Par contre, l'intestin grêle était toujours indemne, même lorsque l'ampoule cæcale était le siège de nombreuses et profondes ulcérations.

De ces constatations, on peut tirer les conclusions chirurgicales suivantes :

Une intervention doit porter logiquement sur le cæcum, lieu d'élection des perforations. Pratiquée à ce niveau, elle doit être suffisante, puisque le grêle est toujours indemne. Il est indispensable, en même temps, d'enlever l'appendice qui peut être le point de départ de perforations mortelles.

L'étude clinique nous a permis de mettre en relief un ensemble de symptômes, véritable « syndrome de gravité » consistant en l'association de :

Température élevée en plateau ou à grandes oscillations.

Selles fétides, glaireuses et très sanglantes.

Douleurs à la pression sur tout le cadre colique.

Aggravation rapide de l'état général.

Ces signes traduisent l'existence d'ulcérations à processus gangreneux envahissant d'emblée tout le gros intestin. Dans ces formes cliniques, la thérapeutique médicale se montre le plus souvent inactive. Il devient alors logique de poser les indications d'un traitement chirurgical ayant pour but :

1° La mise au repos du côlon par la dérivation des matières ;

2° L'action directe au moyen de lavages appropriés sur les ulcérations du gros intestin.

Dysenteries chroniques cachectisantes.

Les observations que nous avons publiées prouvent que ces formes représentent des dysenteries aiguës graves qui ont échappé à la mort par perforation ou hémorragie. Quelque traitement médical qu'on mette en jeu, les malades sont incapables de faire les frais d'une guérison : ils meurent plus ou moins lentement de cachexie ou de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on découvre un gros intestin épaissi qui, à côté de lésions cicatrisées, présente quelques ulcérations de date récente. Le foie est gros, avec de nombreux îlots de dégénérescence. Les poumons ont des lésions de congestion et de broncho-pneumonie. Les surrénales paraissent toujours gravement altérées. On conçoit que, dans de telles conditions, l'intervention chirurgicale ne puisse assurer, dans tous les cas, la guérison.

Ce qu'il faut, c'est opérer à un stade plus précoce et sans recourir indéfiniment au seul traitement médical.

Les recherches bibliographiques nous ont montré que la plupart des interventions ont été faites au stade de cachexie des dysenteries : les résultats ont été naturellement tout à fait variables.

Nos conclusions sont donc formelles : il faut intervenir dans les dysenteries aiguës dès que l'examen clinique montre l'existence d'un syndrome de gravité, et il faut intervenir de bonne heure dès qu'on a la certitude que la thérapeutique médicale correctement appliquée a une action insuffisante ou nulle sur l'évolution de la maladie.

Les interventions pratiquées.

Dans le traitement opératoire des dysenteries graves, le choix de l'intervention peut avoir deux buts.

Pour l'un, le facteur essentiel est la mise au repos complet de l'intestin altéré en dérivant le cours des matières par un anus contre nature.

Pour l'autre la bouche intestinale doit servir à laver le côlon et à y introduire des substances médicamenteuses capables d'agir directement sur les ulcérations.

Dans notre article du *Paris-Médical*, nous étudions toutes les variétés d'intervention auxquelles on a pu recourir.

Après avoir discuté la valeur de l'anus iléal et de l'appendicostomie, nous nous sommes arrêtés à l'emploi de la cæcostomie.

Nos observations montrent que la dérivation obtenue par une bouche large et située en bonne place est suffisante pour assurer une mise au repos de l'intestin sous-jacent pendant les quinze premiers jours au moins. La dérivation des matières permet, en outre, l'alimentation intensive des malades et l'action directe par des lavages appropriés sur les lésions coliques.

C'est en cela que la cæcostomie se montre supérieure aux autres procédés.

Nous avons publié *10 observations de cæcostomie*. Notre statistique prouve que nous ne sommes intervenus que dans les cas d'une extrême gravité : 10 opérations sur 700 malades en traitement. Dans sept cas, nous avons enregistré des guérisons inespérées.

La spirillose intestinale au cours des dysenteries (*Thèse* de Van Heuverswyn, Paris, 1914).

L'étude systématique des selles dans la dysenterie avec la coloration au Fontana-Tribondeau montre la fréquence des spirilles associés aux amibes, dans les dysenteries amibiennes. On retrouve, d'ailleurs, les mêmes spirilles dans les ulcérations qu'on rencontre chez certains dysentériques cachectiques. Le spirille, qui a le caractère du spirille de Vincent, pullule dans toutes les ulcérations du tube digestif. Mais, en outre, on trouve des cas où, à l'examen des selles, il y a une spirillose pure caractérisée par un véritable feutrage de spirilles sur la préparation,

Nous avons rapporté dans la *Thèse* de notre élève Van Heuverswyn, 4 observations de cet ordre. Il est remarquable d'ailleurs de voir la rapidité avec laquelle disparaissent les spirilles des selles des dysentériques par un traitement intra-veineux avec les arséno-benzols.

M. Fournier, dans une étude qu'il a faite sur les spirilles des selles, a bien voulu décrire les spirilles dont nous lui avons montré les préparations, sous le nom de spirilles d'Albanie.

RECHERCHES SUR LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Quelques recherches cliniques sur le typhus exanthématique (4 pages).

Contribution à l'étude des troubles nerveux et mentaux du typhus exanthématique (*Thèse* de Poirier, Paris, 1920).

Note sur la cytologie et la bactériologie du liquide céphalo-rachidien dans le typhus exanthématique (3 pages) (*Société de Biologie*, 14 juin 1919).

Après avoir indiqué les symptômes cliniques essentiels qui nous ont permis d'assurer le diagnostic de typhus exanthématique, nous avons insisté sur quelques particularités de ces signes cliniques.

Depuis la fin de novembre 1917 jusqu'au début d'avril 1918, à l'ambulance de Korytza (Albanie), nous avons eu l'occasion d'observer chez des militaires 32 cas confirmés de typhus exanthématique.

Nous ne faisons pas état des observations recueillies chez les civils albanais.

De ce fait, nous ne nous occupons point de la prophylaxie bien fixée du typhus exanthématique; mais seulement de la clinique d'après les cas observés individuellement à l'hôpital.

Nous avons perdu quatre malades.

L'exanthème pétéchial, typique quand on peut le voir se produire et évoluer, est quelquefois fugace et peut ne durer que quarante-huit heures, après lesquelles les traces qu'il laisse sont discutables. Toutefois, quand il a été généralisé, les téguments gardent pendant quelques jours une teinte spéciale sur laquelle M. Vaudremer a attiré notre attention et qu'il appelle justement la « teinte améthyste ». D'autre part, il est possible de faire apparaître ou réapparaître les taches purpuriques par l'application de ventouses ; sur le fond ecchymotique violacé habituellement causé par la ventouse se détachent les pétéchies rouges, de telle sorte qu'il est possible de décrire pour le

typhus exanthématique un « signe de la ventouse » analogue à celui que d'Œlsnitz a décrit en 1915 pour la rougeole.

Le *signe de la langue*, décrit par Remlinger, nous a paru très inconstant et d'une valeur douteuse. Nous ne l'avons observé que trois fois. Mais nous avons retrouvé ce signe dans d'autres grandes pyrexies, la fièvre typhoïde et la méningite cérébro-spinale, où la langue est rouge, vernissée, racornie, collée au palais et ne peut être tirée hors de la bouche. Si on fait laver la bouche, si on nettoie la langue et qu'on fasse boire le malade, la langue devient humide et plus souple et le signe de Remlingea disparaît dans le typhus exanthématique comme dans les autres pyrexies, quasi expérimentalement.

La *teinte violacée de la gorge*, que Granz a décrite, est un signe intéressant, qu'on rencontre souvent, dont la présence est utile, mais non suffisante pour assurer le diagnostic.

Plus importante nous paraît l'*injection des conjonctives*, signe classique du typhus exanthématique ; elle est constante dans les premiers jours de la maladie et pendant toute la durée de l'éruption avec une intensité variable.

Nous avons, dans tous nos cas, rencontré un symptôme dont nous n'avons pas trouvé mention dans les traités classiques.

Tous nos typhus exanthématiques ont présenté un syndrome particulier qui comporte plusieurs éléments :

1° Une défense musculaire des muscles droits de l'abdomen dans la portion qui va de leur insertion aux côtes, à l'ombilic. Tandis que la portion sous-ombilicale se déprime facilement et que l'abdomen est souple et très peu douloureux dans cette région et dans les deux fosses iliaques, il est impossible de déprimer les droits dans la région de forme irrégulièrement quadrilatère, limitée en haut par leur insertion aux côtes et au sternum, latéralement par leur bord externe, en bas par une ligne horizontale passant par l'ombilic ;

2° Un point douloureux bilatéral qu'on réveille par une pression profonde sur le bord externe des droits, à la limite du tiers inférieur et du tiers moyen d'une ligne allant de l'ombilic à l'angle antérieur de la dixième côte. A droite, cet angle de la dixième côte correspond au point vésiculaire de Flemming. Le point douloureux très net du typhus exanthématique ne peut donc être confondu ni avec le point de Flemming, situé au-dessus, ni avec le point de Mac Burney situé au-dessous ;

3° Un réflexe douloureux de contraction des muscles de la face, souvent localisé au côté où l'on détermine la douleur, par la pression du point sus- et paraombilical ;

4° Un réflexe vaso-moteur de la face qui rougit, et quelquefois devient brillante et moite par une brusque sécrétion sudorale, à la suite de la pression d'un des deux points sus- et paraombilicaux.

Dans les éléments qui constituent ce syndrome douloureux sus- et paraombilical, la défense musculaire de la partie supérieure des droits et la douleur à la pression des points bilatéraux que nous avons précisés, sont deux symptômes constants.

Nous avons, de plus, insisté sur la fréquence des signes psychiques qu'on rencontre dans le typhus exanthématique, notamment sur le délire très précoce, très intense, de caractère onirique, souvent terrifiant et qui s'accompagnent, d'une part, d'une réaction de fugue et d'autre part, de tentatives de suicide. C'est ainsi qu'un de nos malades avait fait une désertion qui avait nécessité son arrestation et c'était le premier signe d'un typhus exanthématique qui éclata vingt-quatre heures après. De plus, quatre autres de nos malades firent des tentatives de suicide dont l'une réussit.

Nous avons, en outre, étudié, au cours de cette épidémie, le liquide céphalo-rachidien, sans connaître les travaux parallèles de Devaux, qui était alors en Roumanie.

Dans tous les cas que nous avons observés, nous avons trouvé une réaction du liquide céphalo-rachidien si nette, si constante, qu'elle nous paraît mériter d'être rangée parmi les signes caractéristiques de la maladie.

Intense, à la période aiguë de la maladie et dans les formes délirantes, cette réaction du liquide céphalo-rachidien se traduit par les faits suivants :

1° Hypertension en jet, que nous n'avons pu mesurer exactement, mais qui peut être assimilée à l'hypertension constatée dans les méningites confirmées et les tumeurs cérébrales. Au déclin de la maladie et dans les formes très légères, sans délire et sans réaction méningée, l'hypertension est moins nette, mais suffisante toujours pour qu'on n'obtienne pas le goutte-à-goutte habituel à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien normal.

2° Liquide clair, mais qui n'a pas absolument la limpidité « eau de roche » du liquide céphalo-rachidien normal.

3° Hyperalbuminose vérifiable à l'acide nitrique et qui se manifeste sous la forme d'un louche abondant ou d'un véritable précipité floconneux.

4° Leucocytose. Celle-ci est toujours très nette, plus intense que celle qu'on observe quelquefois dans les fièvres typhoïdes et dans les accès palustres.

Il n'est point rare de trouver par le procédé de la goutte 40 ou 50 éléments dans un champ microscopique.

A la période aiguë, éruptive de la maladie et surtout dans les formes délirantes, il y a une prédominance nette des polynucléaires sur les lymphocytes, dans la proportion de 3 à 1, quelques grands mononucléaires macrophages et des cellules endothéliales.

A la fin de la maladie, ou après la chute de la température, ou dans les formes très légères, la réaction cellulaire est surtout lymphocytaire mais toujours nette.

L'examen attentif des lames du liquide céphalo-rachidien nous montra des diplocoques peu abondants, mais nets, surtout intracellulaires, quelques uns extracellulaires. Ces diplocoques différaient du méningocoque par leur forme de deux grains arrondis, accolés et prenant le Gram. Au cours de nos examens du liquide céphalo-rachidien nous avons trouvé cet élément dans la moitié des cas de typhus exanthématique. Une fois nous avons trouvé ce diplocoque à l'autopsie sur un frottis de rate coloré au Giemsa.

Nous l'avons isolé huit fois. Sur les conseils de notre confrère Lisbonne, à qui nous avons montré nos préparations, nous avons employé comme milieux initiaux le bouillon et le bouillon glucosé à 4 pour 100. En faisant la ponction lombaire, nous ensemencions le liquide céphalo-rachidien recueilli dans une quantité égale de milieu. Au bout de 24 et le plus souvent de 48 heures d'étuve à 37°, nous obtenions une culture de ce diplocoque identique à celui que nous avons observé à l'examen direct du liquide céphalo-rachidien.

Par repiquage, nous avons pu le cultiver difficilement sur gélose glucosée ; il est d'ailleurs fragile et de conservation difficile.

La pauvreté de notre matériel pendant la période où régnait le typhus exanthématique, l'absence d'animaux nécessaires à l'expérimentation, puis, au mois d'avril, la fin des manifestations du typhus exanthématique, nous empêchèrent de poursuivre nos recherches.

Cliniquement, par l'intensité et les caractères du délire, par sa céphalée spéciale, par sa surdité tardive et les signes labyrinthiques qui l'accompagnent, par le syndrome sus-ombilical d'origine sympathique que nous avons décrit, par ses manifestations méningées, par la fréquence de ses complications nerveuses et par les caractères du liquide céphalo-rachidien, le typhus exanthématique se comporte comme une maladie nerveuse aiguë à détermination méningo-encéphalique. De l'étude du liquide céphalo-rachidien dans le typhus exanthématique, on tirera des notions importantes et démonstratives de la pathogénie de la maladie.

Cette conception du typhus exanthématique comme maladie méningo-encéphalitique aiguë a été reprise ultérieurement par d'autres auteurs, notamment en Roumanie.

Étude sur une localisation régionale à Koritza (Albanie) de la pandémie grippale (10 pages), en collaboration avec M. Caillié (*Académie de Médecine*, 21 janvier 1919).

Pendant les mois de mai, juin et la première moitié de juillet 1918, l'Ambulance 13/21, installée à Korytza (Albanie), reçut un grand nombre de malades atteints d'un syndrome infectieux à détermination broncho-pulmonaire qui, par sa diffusion rapide, revêtait un caractère nettement épidémique. Ce fut la manifestation locale dans le secteur albanais de l'A. O. de la pandémie étendue à toute l'Europe. Après une accalmie relative à la fin de juillet et pendant le mois d'août, il y eut en septembre et octobre une reprise de l'épidémie, brusque, massive et généralisée.

Nous avons rapporté 433 observations suivies cliniquement et étudiées bactériologiquement.

Formes cliniques.

Au point de vue clinique, les manifestations strictement pulmonaires dominaient tous les autres symptômes.

Cette affection pulmonaire épidémique s'est présentée selon 4 formes cliniques distinctes, d'après leurs signes d'auscultation, leur évolution, leur gravité.

1° Bronchite aiguë généralisée ;
2° Congestion pulmonaire uni- ou bilatérale ;
3° Broncho-pneumonie à foyers multiples ;
4° Spléno-pneumonie.

Anatomie pathologique.

Au cours de 57 *autopsies faites,* nous avons trouvé des lésions *pulmonaires* et cardiaques caractéristiques.

1° Congestion intense massive œdémateuse de tout un lobe ou de tout le poumon qui saigne en nappe à la tranche.

2° Des noyaux d'infiltration rougeâtre ou brunâtre autour de chaque bronche, avec du pus dans la lumière des bronches.

3° Des foyers multiples de broncho-pneumonie constitués par la coalescence des petits noyaux péribronchiques. C'est la lésion typique de la maladie. Les foyers sous-pleuraux, quand on ouvre la cage thoracique, contrastant par leur couleur brunâtre d'hépatisation avec les zones pulmonaires voisines simplement congestionnées, donnent aux poumons un aspect marbré ou truffé, dont le seul aspect explique la marche serpigineuse de la maladie.

4° Hépatisation lobaire ou massive.

5° A un dernier degré, petits abcès gros comme une noix disséquant les conduits bronchiques et pleins de pus.

Complications.

Les complications observées sont de divers ordres : pulmonaires, pleurétiques, cardiaques, pyohémiques et nerveuses.

Gravité.

Gravité. — Sur 250 cas observés pendant le mois d'octobre au service des contagieux, il y eut 82 décès, soit 30 pour 100.

Sur 1 188 soignés en totalité à l'ambulance 13/21 pendant les mois de septembre et octobre il y eut 280 décès, soit 24 pour 100.

Pathogénie.

Dès les premières manifestations de l'épidémie en mai, le laboratoire clinique de l'ambulance 13/21 étudia les causes de l'épidémie par l'examen des crachats des malades, par les autopsies des décédés, par des cultures et des inoculations aux animaux. L'élément le plus souvent rencontré fut le *pneumo-bacille*.

Dans la bactériologie de la grippe nous avons trouvé par la culture des crachats, du sang du cœur, du pus du poumon et par l'hémoculture, du *pneumo-bacille*. Par l'examen direct des crachats et du pus du poumon, on pouvait déceler l'existence du coccobacille de

Pfeiffer. Celui-ci pourtant ne put jamais être obtenu sur les milieux classiques de gélose sang et gélose hémoglobine.

Traitement. — Outre le traitement symptomatique habituel destiné à lutter contre les symptômes pulmonaires et les symptômes cardiaques, nous avons tenté diverses thérapeutiques générales ; les métaux colloïdaux, le néosalvarsan, le sérum de convalescent et un sérum anti-pneumo-bacillaire obtenus en immunisant un cheval par injections de cultures tuées de pneumo-bacilles

Tétanos guéri par des injections massives de sérum antitétanique (3 pages), en collaboration avec Mlle Petot (*Société de pédiâtrie*, 20 octobre 1925).

Il s'agit d'un tétanos grave guéri par les injections de sérum antitétanique. La malade a reçu 1 190 centimètres cubes de sérum, dont 550 centimètres cubes sous-cutanés, 550 intra-musculaires, et 90 intra-rachidiens.

Après la 1re injection intra-rachidienne les paroxysmes disparurent. Mais ils reparurent une fois après la 2e injection intra-rachidienne.

Les accidents sériques ont été bénins : érythème et fièvre. Toutefois avant l'apparition de l'éruption sérique le trismus s'accentua et devint si intense qu'on pouvait l'attribuer à l'aggravation du tétanos. Mais toutes les autres contractures diminuaient et l'état général s'améliorait. C'est la sédation des contractures vertébrales qui, malgré le trismus et la fièvre, nous détermina à cesser le sérum.

Nous avons associé au sérum antitétanique le chloral (4 grammes) et le sommifène (L gouttes) sans avoir l'impression que cette adjonction ait eu un résultat important dans le traitement.

Les observations de tétanos guéri par la sérothérapie intensive sont nombreuses :

Le sérum antitétanique a un pouvoir curateur certain à condition d'être employé précocement à doses très élevées. Dans notre cas il fut employé un peu tardivement, 8 jours après l'apparition des premiers symptômes alors que la malade était dans un état très grave. Le sérum fut employé à hautes doses par des voies multiples : sous-cutanée, intra-musculaire et intra-rachidienne.

Un autre point de notre observation nous paraît devoir être signalé : la porte d'entrée du tétanos fut une morsure de chien. On pouvait redouter la rage ; ce fut le tétanos qui éclata alors qu'aucune mesure préventive n'avait été prise pour l'une ni pour l'autre maladie.

Luxations congénitales multiples et laxité ligamentaire anormale (4 pages), en collaboration avec M. Gournay (*Société de pédiatrie*, 20 octobre 1925).

Il s'agit d'un enfant de deux ans dont le développement pondéral et psychomoteur est très retardé et qui présente des luxations multiples, vérifiées par la radiographie.

1° Luxation bilatérale de la hanche ;
2° Luxation bilatérale de l'épaule ;
3° Luxation de la clavicule droite ;
4° Cyphose avec scoliose vertébrale à convexité droite avec subluxation de la IXᵉ vertèbre dorsale qui a glissé à gauche.

Ces luxations sont dues à une laxité considérable et généralisée des ligaments.

Malgré l'absence d'étiologie précise, nous avons institué un traitement spécifique qui a donné un bon résultat pour l'amélioration de l'état général mais qui n'a eu, naturellement, aucune action sur les luxations elles-mêmes.

Enquête sur l'état sanitaire des enfants des régions libérées (18 pages), en collaboration avec M. le Dʳ Genévrier (*Rapport au Congrès d'hygiène sociale*, 24 avril 1919 et *Archives de médecine des enfants*, avril 1920).

Dans notre enquête sur l'état physique et intellectuel des enfants des écoles des pays libérés, nous avons examiné particulièrement et en série les enfants des trois régions suivantes :

1° Région de Lille, Roubaix, Tourcoing ;
2° Région de Maubeuge ;
3° Région de Charleville-Mézières.

Dans l'examen des enfants, nous avons fait nos recherches à trois

périodes différentes de la scolarité, sur des lots de garçons et de filles, pris au hasard parmi ceux qui étaient restés pendant toute l'occupation allemande en pays envahi.

1° Enfants de l'école maternelle (au-dessous de six ans);

2° Enfants de six à huit ans entrant à l'école primaire (cours préparatoire);

3° Enfants de douze à treize ans, sur le point de quitter l'école (cours supérieur de préparation au certificat d'études).

Dans l'examen que nous avons pratiqué, nous avons porté notre attention sur les points suivants :

1° Mesures anthropométriques : taille, périmètre thoracique, poids.

2° Recherches des signes de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire et spécialement de l'adénopathie trachéo-bronchique.

3° Mesure de la tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon.

4° Recherche des troubles des glandes à sécrétion interne (spécialement du corps thyroïde et des glandes génitales. — Recherche des signes de prépuberté et de puberté).

5° Examen intellectuel par l'étude des signes d'anomalie mentale et par les renseignements donnés par les maîtres sur le retard scolaire.

6° État du caractère et de la moralité habituelle.

Nous avons ainsi examiné 610 sujets.

Chez les enfants des écoles des pays libérés existe un retard de développement physique dans la taille, le poids, le périmètre thoracique; grande est la fréquence des adénites tuberculeuses et surtout de l'adénopathie trachéo-bronchique; les troubles des glandes à sécrétion interne se caractérisent par des troubles thyroïdiens et par un retard des signes de prépuberté et de puberté. Le retard scolaire par insuffisance d'écoles est général. La proportion des débiles intellectuels qu'on y rencontre est de 10 pour 100 alors que la proportion normale dans les écoles primaires, admise par le P[r] Régis, est de 5 pour 100.

Ces signes de la misère physiologique de l'enfance scolaire sont plus ou moins intenses selon les régions. A Lille, ils ont une intensité et une fréquence particulières. Mais ils sont nets partout, à Roubaix, à Maubeuge, à Charleville et autour de ces villes.

Mesures a prendre.

Nous avons proposé trois mesures essentielles :

1° L'installation des cantines scolaires ;

2° La réalisation des écoles de plein air ;

3° L'organisation de l'inspection médicale des écoles.

A la suite de notre rapport qui confirmait les constatations de M. le Pr Calmette fut décidée la création de la vaste école de plein air de Camiers.

II. — NEUROLOGIE.

Un cas de paraplégie spasmodique avec inversion des réflexes olécrâniens, en collaboration avec M. Dejerine (*Société de neurologie*, février 1912).

L'inversion du réflexe tricipital a une réelle valeur de localisation dans les cas de compression médullaire ; le groupe radiculaire dont dépend le triceps répond au 7e segment médullaire cervical; ce qui permet la localisation à ce segment de la limite supérieure de la lésion médullaire.

Deux cas de pachyméningite cervicale avec inversion des réflexes, en collaboration avec M. Regnard (*Société de neurologie*, 7 mars 1912).

Le diagnostic du siège de la lésion, au cours des compressions, telle que la réalise la pachyméningite cervicale, est facilité et peut être précisé par l'existence d'une inversion des réflexes. L'inversion du réflexe du radius montre, comme l'a indiqué Babinski, une lésion du 5e segment radiculo-médullaire; l'inversion du réflexe olécrânien permet de conclure à l'atteinte du 7e segment radiculo-médullaire cervical.

Autopsie d'un cas de tabes juvénile chez un hérédo-syphilitique, en collaboration avec MM. Dejerine, André Thomas (*Société de neurologie*, 25 janvier 1912).

Une seule relation d'autopsie avec examen histologique du système nerveux d'un tabétique hérédo spécifique a été faite deux mois avant celle-ci ; l'observation a été rapportée par Malling.

L'examen histologique a porté sur des fragments prélevés à tous les étages de l'axe nerveux. Les lésions médullaires ne sont autres que celles du tabes arrivé à une période plus avancée que celle du tabes incipiens ; elles sont strictement localisées au cordon postérieur ; leur diffusion au niveau des cordons postérieurs est extrême ; toutefois les lésions prédominent à tous les étages sur la zone radiculaire moyenne, au niveau de la bandelette externe, et sur la zone de pénétration des racines postérieures ; elles sont surtout marquées au niveau de la moelle lombo-sacrée et de la moelle dorsale.

Les racines postérieures sont très atrophiées ; les ganglions sont peu atteints ; il existe une atteinte assez discrète de la méninge molle. Les nerfs optiques sont complètement atrophiés, les méninges sont épaissies sur tout le trajet du nerf. Les nerfs ciliaires sont intacts bien que la malade ait présenté un signe d'Argyll Robertson.

Un cas de zona ophtalmique suivi d'autopsie. Examen du ganglion de Gasser, du trijumeau, de l'appareil ciliaire, en collaboration avec M. A. Thomas (*Société de neurologie*, 29 février 1912).

Les lésions sont d'ordre radiculo-ganglionnaire. Elles prédominent sur les cellules d'origine, les racines et les fascicules de la branche ophtalmique du trijumeau. Le processus est surtout hémorragipare, en ce qui concerne les ganglions, les racines et les nerfs périphériques ; au niveau du ganglion de Gasser, la vaso-dilatation est énorme ; certaines parties de ce dernier sont remplies de lacs sanguins ; le processus est plus nettement inflammatoire au niveau de la capsule ganglionnaire. La dilatation vasculaire et l'extravasation sanguine semblent être la conséquence des lésions des fibres sympathiques.

Le ganglion ciliaire est atteint, de même que les nerfs ciliaires ; toutefois le plus grand nombre des fibres des courts nerfs ciliaires est conservé.

Dégénération de la racine descendante du trijumeau et hémorragies bulbo-protubérantielles dans un cas de zona ophtalmique, en collaboration avec M. André Thomas (*Société de neurologie*, 12 décembre 1912).

L'examen histologique en coupes sériées du bulbe et de la protubérance d'un sujet atteint de zona ophtalmique met en évidence la dégénération de la racine descendante de la Vᵉ paire et des lésions vasculaires importantes étagées sur le trajet de cette racine.

La dégénération n'atteint que la moitié interne de la racine descendante ; elle se poursuit sur toute la hauteur de cette racine. Les lésions vasculaires consistent en vaso-dilatation marquée sur le trajet de la racine descendante. On trouve en outre à divers étages depuis la pénétration de la Vᵉ paire dans la protubérance jusqu'à l'extrémité inférieure du bulbe de petits foyers hémorragiques.

La congestion et les hémorragies paraissent habituelles dans le zona qu'elle qu'en soit la localisation. Congestion et hémorragies des centres, des nerfs ou des ganglions peuvent être envisagées comme relevant de la même cause que les lésions cutanées. Le processus du zona est un processus hémorragique qui pourrait être dû à une perturbation anatomique et physiologique du système sympathique.

Paralysie du plexus brachial et syndrome de Claude Bernard-Horner chez un lymphadénique, en collaboration avec M. Sézary (*Société de neurologie*, 4 mai 1911).

La compression du plexus brachial et du sympathique cervical par les ganglions hypertrophiés a déterminé chez un lymphadénique une paralysie totale du plexus brachial et un syndrome de Claude Bernard-Horner typique ; le traitement radiothérapique a amené en même temps que la fonte des masses ganglionnaires l'amélioration des troubles nerveux.

Trois cas familiaux de poliomyélite antérieure subaiguë, en collaboration avec M. Clarac (*Société de neurologie*, 6 juillet 1911).

La poliomyélite antérieure à marche subaiguë peut dans certains cas avoir un début à grand fracas avec syndrome infectieux très marqué ; à ce stade elle revêt parfois un caractère épidémique et peut atteindre plusieurs membres d'une même famille ; son évolution ultérieure est progressive et ne s'accompagne pas de rétrocession des troubles paralytiques ; l'étiologie est incertaine ; le liquide céphalo-rachidien est normal, peut-être s'agit-il d'une forme anormale de maladie de Heine-Médin.

Macrogénitosomie précoce, en collaboration avec André Collin (*Société de neurologie*, 7 mai 1914).

L'intérêt du cas rapporté réside surtout dans l'évolution du syndrome de macrogénitosomie ; anomalies de développement dès la naissance avec accroissement corporel exagéré ; apparition, vers 10 ans, des signes de précocité des organes génitaux.

Syndrome de Brown-Sequard, lésion de la moelle cervicale par balle, en collaboration avec MM. Dupré et Bergeret (*Société de neurologie*, 7 mai 1914).

Chez le malade faisant le sujet de cette observation on note une dissociation des troubles de la sensibilité profonde, les troubles de la baresthésie existant du côté opposé à la lésion ; de plus les troubles de la sensibilité s'arrêtent bien au-dessous de la limite du segment lésé.

Zona de l'oreille avec paralysie faciale, en collaboration avec MM. Dejerine et Tinel (*Société de neurologie*, 7 mars 1912).

Le zona de l'oreille par lésion du ganglion géniculé est bien connu depuis les travaux de Ramsay Hunt. Il peut s'accompagner de paralysie faciale ; celle-ci peut être le premier phénomène en date et précéder les douleurs. Les troubles de la sensibilité gustative et les trou-

bles auditifs (vertiges, bourdonnement, hypoacousie) ne sont pas rares ; ces derniers semblent dus à une irritation de voisinage de l'acoustique ou des ganglions de Scarpa ou de Corti. On peut rencontrer également des troubles de la sensibilité objective (anesthésie ou hypoesthésie) ; ceux-ci démontrent le rôle du ganglion géniculé dans l'innervation de l'oreille (pavillon) et du cuir chevelu (en arrière de l'oreille) et de la face et mettent en évidence le rôle sensitif du facial. C'est à l'atteinte du seul gsnglion géniculé que sont dus zona et troubles sensitifs. Le nerf de Wrisberg accolé au facial lui constitue une véritable racine sensitive.

Chorée chronique intermittente à début infantile, en collaboration avec M. Dupré (*Société de neurologie,* 2 avril 1914).

Type de chorée spéciale caractérisée par l'intermittence des troubles choréiques (intervalle de plusieurs années entre chaque accès), l'absence de lésions méningées et de signes nets d'altération cérébelleuse et pyramidale, l'absence d'hérédité similaire et des troubles psychiques, l'absence de signes de dégénérescence. Ce type de chorée se distingue de la chorée chronique d'Huntington, de la chorée variable des dégénérés et de la chorée persistante de Claude. Des faits de cet ordre peuvent être interprétés comme la manifestation aiguë ou chronique, passagère ou durable d'un mode de déséquilibration motrice constitutionnelle mise en jeu par les accidents étiologiques les plus divers : infections, intoxications, émotions, traumatismes, époques climatériques.

Atrophie musculaire et surdité (4 pages), en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de psychiâtrie,* 15 juillet 1920).

Nous présentons un malade atteint d'une atrophie musculaire à topographie radiculo-médullaire et qui fut interné avec le diagnostic de paralysie générale.

En réalité, les signes psychiques, actuellement constatés, infirment la paralysie générale. Qusnt à l'atrophie musculaire, elle fut mise sur le compte d'un tabes concomitant de la paralysie générale. Or, le tabes nous paraît devoir aussi être éliminé, et l'strophie nous

semble ressortir à une sclérose latérale amyotrophique, en discutant la possibilité d'une poliomyélite antérieure chronique. En tout cas, l'affection ne nous paraît pas en rapport avec une étiologie syphilitique.

Atrophie musculaire polynévritique avec vivacité des réflexes tendineux chez une enfant tuberculeuse (6 pages, 1 fig.), en collaboration avec MM. Lereboullet et Gournay (*Société de neurologie*, juillet 1925).

La malade que nous présentons est une enfant de 13 ans, atteinte d'une paraplégie des membres inférieurs, avec légère atteinte des membres supérieurs. La paralysie et l'atrophie musculaire de topographie particulière s'accompagnent d'une vivacité des réflexes tendineux de telle sorte que certains problèmes de diagnostic ont pu être posés. Les troubles de sensibilité subjective, l'évolution et l'examen électrique permettent d'apporter une solution, et rendent vraisemblable l'existence d'une polynévrite.

D'autre part, la coexistence d'une tuberculose évolutive pose une fois de plus la question des polynévrites tuberculeuses.

Ictère chronique et mouvements choréo-athétosiques. Syndrome rappelant la maladie de Wilson (5 pages), en collaboration avec M. Mage (*Société de neurologie*, 6 novembre 1919).

Nous avons eu l'occasion d'observer à la consultation de l'hôpital Boucicaut un malade qui présente des éléments du syndrome décrit par Wilson : tremblements, mouvements choréo-athétosiques, ébauche d'état spasmodique, troubles de la parole, troubles hépatiques avec ictère chronique.

Toutefois le syndrome présenté par notre malade ne répond pas exactement à la maladie telle qu'elle a été décrite par Wilson.

Elle a débuté dans la toute première enfance : l'ictère à 4 jours, les contractures à 4 mois. Celles-ci ont persisté jusqu'à 10 ans ; et, après elles, ont subsisté avec l'ictère, les mouvements choréiques et des signes légers de lésion pyramidale. Il semble donc qu'après avoir été progressive, la maladie se soit améliorée et que nous soyons plutôt actuellement en présence de séquelles.

La sœur de notre malade a été pareillement atteinte d'ictère à 4 jours, de paralysie à 6 mois, et est morte en pleines contractures à 14 mois. La maladie fut donc bien familiale ; c'est un élément qui est commun avec les cas de Wilson. Les autres éléments communs sont les mouvements involontaires du type intentionnel qui, dans notre cas, sont choréiformes ; la dysarthrie, l'état mental, le gros foie et la grosse rate.

Myopathie atrophique à type scapulaire, en collaboration avec M. Dejerine (*Société de neurologie*, 1er juin 1911).

Apparition, à la suite d'un syndrome rhumatismal, d'une atrophie musculaire à progression très rapide ; en deux mois la paralysie des muscles de la ceinture scapulaire était complète. Sept ans après cet épisode, l'atrophie musculaire est restée encore strictement limitée à la ceinture scapulaire.

Myopathie progressive à forme pseudo-hypertrophique (3 pages), en collaboration avec M. Semelaigne (*Société de Neurologie*, 3 juin 1920).

Le cas dont nous rapportons l'observation présente quelques particularités intéressantes.

Il nous a été impossible de savoir si cette myopathie était héréditaire et familiale. Le père de notre malade est atteint depuis cinq ans d'une paraplégie qui, d'après les renseignements obtenus, aurait les caractères d'une paraplégie spasmodique.

L'enfant est porteur de nombreuses malformations anatomiques congénitales. De plus, il est impossible de préciser quand l'atrophie musculaire a débuté, puisque la tante de l'enfant qui s'est occupée de lui après la mort de la mère a toujours constaté la paralysie et que l'enfant n'a jamais pu marcher. Il ne paraît pas exagéré de dire que dans ce cas l'affection a été congénitale et peut être assimilée à l'une des malformations anatomiques qu'il présente, et qu'elle est, au même titre qu'elles, une dystrophie de dégénérescence. Enfin, notre malade présente une réaction de Wassermann positive dans le sang.

Deux cas de myopathie à forme de myosclérose (4 pages), en collaboration avec M. Lereboullet (*Société de Neurologie*, 8 juin 1923).

Dans les deux observations existe l'ensemble symptomatique habituel de la myopathie : type proximal de l'amyotrophie, qui garde cependant le caractère diffus ; l'affaiblissement musculaire sans paralysie, la diminution ou l'abolition des réflexes tendineux au prorata de l'atrophie.

Mais elles présentent certaines particularités. D'abord ni dans l'un, ni dans l'autre cas, on ne trouve le caractère familial habituel aux myopathies.

De plus, les rétractions fibreuses, qui sont très fréquentes dans les myopathies, ont ici une précocité, une diffusion, une intensité et certaines localisations assez spéciales. Dans l'observation I, en plus de la localisation banale au biceps brachial, existe une rétraction du biceps crural qui détermine une attitude curieuse du malade ; la rétraction des muscles au deltoïde et surtout à l'avant-bras, donne une sensation de dureté particulière, qui existe dans le relâchement du muscle et qui s'accroît dans la contraction. Dans l'observation II, la localisation de la rétraction sur le quadriceps crural est très spéciale et s'observe rarement.

Il n'y a, ni dans l'un, ni dans l'autre cas, de pseudo-hypertrophie à proprement parler, et ces malades ne peuvent rentrer dans le cadre de la myopathie pseudo-hypertrophique de Duchenne de Boulogne, ni dans le type de Leyden-Moebius qu'on s'accorde à reconnaître comme une modalité clinique de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Ces formes de myopathie à début précoce, par les membres inférieurs, à réaction scléreuse très intense, avec participation tardive de la face se rattachent plutôt au type juvénile d'Erb ou à la forme décrite par Duchenne en 1861, sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance. Nous les rattacherions même plus spécialement à la forme décrite par Cestan et Lejonne (1904) où les rétractions étaient si nombreuses qu'elles caractérisaient vraiment une forme scléreuse de la myopathie.

Vomissements incoercibles causés par un tubercule du cervelet au cours d'une grossesse (4 pages), en collaboration avec M. VAUDESCAL (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 8 novembre 1920).

La malade présentait depuis le début de sa grossesse des vomissements, qualifiés incoercibles, avec céphalée.

L'examen neurologique montra des signes cérébelleux et l'examen du fond d'œil révélant une stase papillaire permit d'affirmer une tumeur du cervelet.

L'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr DE MARTEL montra l'existence d'un tubercule cérébelleux.

Crampe de la lecture à haute voix à forme de torticolis spasmodique avec syncinésies et bégaiement (4 pages), en collaboration avec M. DEYRAS (*Société de Neurologie*, 5 juillet 1923).

L'observation que nous rapportons est un cas de spasme fonctionnel qui se produit dans de telles conditions que nous pensons pouvoir le dénommer crampe de la lecture à haute voix. C'est strictement lorsque commence la tentative de lecture à haute voix que se déclenche le spasme. Il s'accompagne d'un torticolis convulsif avec syncinésies. Il paraît pouvoir être rapproché de la crampe des écrivains ou de la crampe des pianistes.

Nous discutons l'origine organique de ce spasme qui a été précédé d'un autre spasme de la face.

Spasme professionnel. Torticolis spasmodique et contracture des pectoraux (3 pages), en collaboration avec Mlle ZIMMER (*Société de Neurologie*, 6 mars 1924).

Le malade, âgé de 57 ans, est atteint depuis douze ans d'un spasme du sterno-cleido-mastoïdien gauche et d'une contracture permanente des pectoraux droits ayant débuté à l'occasion d'un spasme professionnel.

Après discussion, nous admettons la nature organique et vraisemblablement mésocéphalique de ce spasme.

Spasme de torsion (4 pages), en collaboration avec Mlle Badonnel (*Société de Neurologie*, 15 décembre 1927).

Il s'agit d'une jeune fille qui a présenté dans ses antécédents successivement des crises apparemment comitiales, des épisodes oniriques hallucinatoires, en rapport probablement avec la nature épileptique de ses crises, des accès de somnolence relevant probablement d'une encéphalite épidémique, une hémoptysie, et depuis quelques mois une contracture progressive, unilatérale d'abord du côté gauche, ayant commencé par le cou, s'étendant à l'hémithorax gauche puis au membre inférieur gauche et s'étendant actuellement au membre supérieur droit, de façon épisodique, à l'occasion de crises de contracture qui surviennent sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause.

Quand on voit la malade dans sa position si particulière de torsion sur le côté gauche et qu'on a la notion de l'encéphalite, on doit conclure à une dystonie d'attitude d'origine encéphalitique.

Cependant, à deux reprises, cette malade a été considérée dans des services hospitaliers comme une pithiatique.

Malgré l'aspect étrange, contradictoire, de cette dystonie, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'un pithiatisme, surtout à cause de l'*évolution progressive* des accidents dont nous avons vu l'aggravation de mois en mois.

2 cas d'angiome cérébral (4 pages), en collaboration avec M. Clovis Vincent (*Société de Neurologie*, février 1929).

Ce sont les deux premiers cas publiés en France de tumeurs cérébrales à forme d'angiome veineux.

Dans les deux cas, il y avait hémiplégie avec crises jacksoniennes, existence d'un nævus cutané à prédominance unilatérale ; dans un cas une asthénie papillaire et, dans l'autre, absence de stase. Dans les deux cas, aspect radiographique très particulier d'une tumeur d'apparence réticulée ou grillagée.

Spondylose cervicale d'origine traumatique (3 pages), en collaboration avec M. Ribadeau-Dumas (*Société de Neurologie*, mai 1929).

La spondylose était consécutive à une fracture latente d'une apophyse épineuse cervicale. Des signes tardifs, osseux et radiculaires, avaient fait croire à un mal de Pott cervical que la radiographie, l'épreuve de Stokey et le Lipiodol rachidien ont permis d'éliminer.

LE HOQUET ÉPIDÉMIQUE

Sur quelques cas de hoquet paraissant épidémique, en collaboration avec M. LOGRE (4 pages) (*Société de Neurologie*, 2 décembre 1920 et *Gazette des Hôpitaux*, 18 décembre 1920).

A propos d'une nouvelle épidémie de hoquet (2 pages), en collaboration avec MM. LOGRE et BOURGEOIS (*Société de Neurologie*, 7 décembre 1922 et *Gazette des Hôpitaux*, 13 janvier 1923).

En même temps que M. le Pr SICARD, et à la même séance de la Société de neurologie, nous avons signalé l'existence du *hoquet épidémique bénin*, monosymptomatique, guérissant le plus souvent, après quelques jours d'évolution, sans laisser de séquelles. On avait décrit, jusqu'alors, des formes myocloniques d'encéphalite léthargique avec hoquet, mais ces formes étaient, pour la plupart, graves et accompagnées d'un ou plusieurs des autres signes de l'encéphalite léthargique. Certains auteurs ont, d'emblée, rattaché le hoquet épidémique, en apparence bénin, à l'encéphalite léthargique. On a cité quelques cas de hoquet, ayant débuté avec l'allure du hoquet épidémique bénin, qui ont ensuite viré à la séméiologie de l'encéphalite épidémique franche, avec issue mortelle et nécropsie confirmative. Mais la rareté de cette évolution, comparée à la grande fréquence des cas de hoquet bénin, l'absence de séquelles parkinsoniennes, comme y a insisté le Pr SICARD, laissent ouverte la question de savoir si ce hoquet épidémique bénin n'a pas une étiologie à part. Il possède, en tout cas, une *autonomie clinique* certaine, même si les recherches ultérieures démontraient, à son origine, une localisation limitée et discrète du virus encéphalitique.

Nous avons été également les premiers à signaler l'éventualité des *récidives* de ce hoquet épidémique bénin, chez les *mêmes sujets* (nov. 1922), la seconde atteinte ayant évolué avec le même caractère monosymptomatique et la même bénignité apparente que l'atteinte survenue deux ans auparavant. Comme en 1920, l'épidémie, dont nous avons signalé le début, a coïncidé avec une recrudescence momentanée d'états grippaux ; et elle a été suivie, à bref délai, par une épidémie, assez importante, d'encéphalite léthargique bien caractérisée.

Faut-il toujours traiter les vieilles syphilis nerveuses (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 juillet 1928).

Nous rapportons des observations dans lesquelles un traitement spécifique, appliqué dans des conditions qui paraissaient légitimes, aggrava la situation.

Chez l'adulte, et à plus forte raison, à la fin de l'âge adulte, il n'est pas sans inconvénient d'instituer un traitement spécifique prolongé. Les organes d'excrétion, foie et rein, qui fonctionnent normalement pour le travail quotidien, ne sont pas toujours en état de supporter l'intoxication plus ou moins grave que cause un traitement mercuriel, arsenical ou bismuthique.

Si certains accidents nerveux peuvent s'améliorer par le traitement, par contre celui-ci déclenche souvent l'apparition d'accidents viscéraux, hépatiques ou rénaux.

De plus, même si les viscères fonctionnent bien, le traitement spécifique peut donner un coup de fouet à des accidents nerveux qui évoluaient lentement et à bas bruit.

Nous ne voulons point dire que chez l'adulte il faut s'abstenir du traitement spécifique. Il faut toujours traiter l'accident syphilitique, mais il est quelquefois dangereux de traiter, par principe, une syphilis possible et non démontrée. De plus, il faut se défier de l'aggravation paradoxale de la lésion nerveuse par le traitement spécifique.

Dans quelles conditions faut-il ou ne faut-il pas traiter ? Il est très difficile d'établir une règle générale. Chez l'adulte, il y a surtout des cas d'espèce. Il importe, avant d'entreprendre un traitement, d'étudier avec beaucoup de soin les fonctions hépatiques et rénales et il faut être à l'affût du moindre incident pour arrêter le traitement.

Par contre, chez l'enfant, nous n'avons jamais observé d'accident grave au cours du traitement bien dosé. Nous pensons qu'on peut être, pour l'enfant, plus audacieux que pour l'adulte. Même, s'il y a doute, on peut et on doit appliquer un traitement, qui est toujours bien supporté et dont l'application donne souvent de bons résultats et d'heureuses surprises. Les viscères de l'enfant éliminent plus facilement que ceux de l'adulte l'intoxication passagère causée par un traitement mercuriel, arsenical ou bismuthique.

Les myasthénies. Leçon d'agrégation (16 pages) (*Semaine Médicale des Hôpitaux*, juillet 1927).

Nous exposons les symptômes, l'évolution, le diagnostic, l'anatomie pathologique et la pathogénie des myasthénies selon les données les plus récentes.

La myasthénie est actuellement considérée comme une maladie qui ne dépend pas d'une lésion du système nerveux.

Toutefois on est frappé, quand on a vu évoluer une myasthénie, par la symétrie et la bilatéralité des symptômes, par l'aspect réellement neurologique de la maladie et si les lésions du système nerveux sont maintenant mises en doute, il n'est point prouvé pourtant qu'elles n'existent pas. Les rapports qu'on a tenté d'établir entre la myasthénie et l'encéphalite épidémique doivent rendre prudent avant de rejeter complètement une pathogénie nerveuse et cérébro-spinale de la maladie.

Hémorragie cérébrale par phlébite des veines cérébrales (2 pages) (*Communication à la Société de Médecine légale*, mai 1927 et *Thèse* Zucman).

L'hémorragie cérébrale est rare chez l'enfant, si l'on met à part l'hémorragie obstétricale du nouveau-né.

Les hémorragies cérébrales chez l'enfant sont le plus souvent d'origine artérielle et dues à un foyer de ramollissement par artérite.

Toutefois il faut faire une place aux hémorragies cérébrales d'origine veineuse (Parrot, Hutinel).

Les phlébites des veines cérébrales ont été décrites chez l'adulte (H. Claude). — Elles existent aussi chez l'enfant. Elles sont d'origine infectieuse sans qu'il soit toujours possible d'en déterminer la cause. Dans certains cas on ne trouve dans les antécédents qu'une syphilis héréditaire.

La symptomatologie de l'hémorragie cérébrale est souvent imprécise. Elle peut être celle d'une tumeur cérébrale. La localisation même du siège de l'hémorragie peut être troublée par les phénomènes de compression. Le diagnostic n'en est fait le plus souvent qu'à l'autopsie.

Les lésions anatomiques sont, d'une part : des foyers hémorragiques multiples ; d'autre part : une endo et périphlébite d'une veine cérébrale.

III. — PSYCHIATRIE.

En psychiâtrie, nous nous sommes particulièrement attachés à l'étude des trois questions suivantes :

1° Nous avons considéré la psychiâtrie comme un chapitre de la médecine générale. Outre les méthodes particulières qui sont nécessaires à chaque spécialité, il nous a paru qu'on pouvait appliquer en psychiâtrie la méthode anatomo-clinique à laquelle la médecine a été pendant longtemps redevable de ses progrès. De là vient la faveur avec laquelle nous avons accueilli la notion de l'automatisme mental due à de Clérambault.

Nous avons été le premier à apporter notre adhésion aux conceptions originales du médecin-chef de l'Infirmerie spéciale, parce qu'elles répondaient à une discipline intellectuelle et aux méthodes que nous avions acquises dans la pratique de la médecine générale.

2° Nous avons été particulièrement attiré par des troubles du caractère qui posent, en psychiâtrie, les problèmes les plus délicats. Nous avons montré leur importance dans la vie quotidienne, les drames dont ils sont la cause, les grandes difficultés de l'expertise médico-légale dont ils sont l'objet, la possibilité de les considérer, non comme des manifestations purement psychologiques, mais comme des états affectifs qui relèvent d'une cause organique, infectieuse ou toxique, acquise ou héréditaire.

3° Préoccupés de la prophylaxie et de l'hygiène mentales, nous nous sommes attachés, dès notre internat, sous l'inspiration de nos maîtres Méry et Dupré, à démontrer l'importance de l'étude neuro-

psychiâtrique de l'enfant, beaucoup moins dans le chapitre de l'arriération intellectuelle, dont l'importance est secondaire, que dans celui des troubles du caractère qui sont à l'origine des maladies mentales constituées de l'adulte et de la plupart des cas de délinquance et de criminalité.

Outre les observations de chaque espèce clinique, nous avons publié une série de travaux et de rapports pour indiquer les mesures qui nous paraissent nécessaires pour le dépistage, le traitement, l'éducation et l'assistance des enfants psychiquement anormaux.

PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Présentation d'une cénestopathe (7 pages), en collaboration avec Dupré et Devaux (*Société Médicale de Hôpitaux*, 23 janvier 1914).

La malade que nous avons présentée à la Société peut être considérée comme un type de cénestopathe.

La cénestopathie décrite par Dupré est un syndrome, de nature essentiellement sensitive, constitué par un ensemble de perceptions pénibles, intéressant tel ou tel territoire, surtout la tête (localisations fronto-nasales, orbitaires, bucco-pharyngées, occipito-cervicales, plus rarement thoraciques, abdominales ou génitales), a pour principaux caractères d'être fonctionnel, anorganique, indépendant de toute lésion locale pathogène saisissable, d'être le plus souvent fixe et chronique, enfin circonscrit à certaines régions, avec irradiations variables de voisinage, et d'apparaître comme lié à des perturbations des centres sensitifs des organes, vraisemblablement des zones sensitives corticales de projection.

Les cénestopathies représentent, dans le domaine sensitive général, l'équivalent des hallucinations dans le domaine sensoriel. On doit les considérer comme des anomalies régionales de la cénesthésie, qui apparaissent chez des sujets atteints de déséquilibre de la sensibilité.

Telle se présente à nous cette malade, comme un exemple démonstratif par ses caractères cliniques et évolutifs, de ces troubles cénestopathiques chroniques, rebelles à la thérapeutique, si différents de tous les autres troubles de la sensibilité, notamment des algies, des névralgies, du névralgisme, des myalgies, des douleurs d'habitude, dont le symptôme dominant est la douleur, alors que les cénestopathies se spécifient par le caractère insolite et étrange, plutôt pénible et gênant que douloureux, souvent indéfinissable, des sensations anormales éprouvées dans telle ou telle région.

Aux cénestopathies s'associent souvent d'autres troubles sensitifs, et surtout psychiques, d'ordre affectif ou délirant. Mais dans d'autres cas, à la vérité nombreux, le syndrome cénestopathique évolue à l'état pur, exempt de toute association ou complication psychopathique.

L'étude de cas semblables autorise la description, faite par Dupré, d'un syndrome si particulier et si intéressant, parmi les autres troubles douloureux ou paresthésiques de la sensibilité subjective.

Présentation de deux cénestopathes (6 pages, 1 fig.), en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Pychiâtrie*, 20 mai 1920).

Nous présentons deux malades atteints de ces troubles locaux de la sensibilité commune que Dupré a désigné du nom de cénestopathie.

Chez l'un, les cénestopathies sont pures de toute interprétation ; elles ont le caractère de sensations anormales pénibles et gênantes plutôt que douloureuses, dont la nature insolite le trouble et dont la durée persistante l'inquiète.

Pour rendre compte du siège et de la nature de ses sensations, le malade se livre à une mimique grimaçante du visage et il emploie toutes les comparaisons habituelles aux cénestopathes : rétrécissement, élargissement, gonflement, dessèchement, déplacement, etc., etc,

Chez l'autre malade, le trouble sensitif a provoqué quelques interprétations morbides, d'ailleurs accessoires, relatives aux prétendus effets nocifs des traitements subits, mais il n'existe chez lui aucun délire véritable. En décrivant ces pénibles sensations, il ne délire pas et chez lui l'inquiétude et l'agitation sont secondaires et proportionnelles à l'intensité et à la ténacité de ses souffrances.

Un cas d'apraxie idéo-motrice (4 pages), en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, décembre 1919).

A propos de ce cas, nous insistons sur la distinction à faire entre l'apraxie et la démence. Chez l'apraxique, il y a perte de la technique, dystechnie, c'est-à-dire perte des mouvements appris par des procédés didactiques. Dans les dystechnies, il y a perte des automatismes; dans la démence, au contraire, il y a conservation des automatismes. Les déments ont perdu l'adaptation au milieu.

Dans l'apraxie, il y a une perte localisée d'une partie des techniques, il y a donc ressemblance avec l'aphasie motrice. Les aphasies motrices et les apraxies appartiennent au groupe des atechnies praxiques, mimiques, verbales, musicales, etc.

Sommeil en présence de l'ennemi. Crises de narcolepsie. Leur équivalence épileptique (2 pages) (*Société de Pyschiâtrie*, octobre 1919).

Le malade, dont nous avons rapporté l'histoire, est un soldat qui fut inculpé de sommeil en présence de l'ennemi.

Mis en observation, dans notre service, il présenta, à diverses reprises, des crises narcoleptiques survenant brusquement, accompagnées d'inconscience pendant la durée de la crise et d'amnésie consécutive. La signature de la nature épileptique des crises fut donnée par la constatation de crises convulsives caractéristiques.

Anomalies morphologiques graves chez un débile mental pervers instinctif, alcoolique chronique (4 pages, 4 fig.), en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie*, mars 1920).

Les anomalies morphologiques sont banales chez les psychopathes. Cependant certaines par leur aspect et leur nombre méritent d'être notées.

Dans notre cas, il s'agit d'un débile mental, pervers, alcoolique chronique, qui est porteur d'anomalies morphologiques curieuses et rares, pieds bots, soudure curieuse de tous les doigts des mains, etc.,

dystrophies congénitales, pour lesquelles on peut incriminer une hérédité alcoolique certaine, et peut-être une hérédité syphilitique.

Troubles mentaux de la chorée (8 pages), en collaboration avec M. Babonneix (*Traité de Pathologie Médicale, Psychiâtrie,* 2ᵉ édition).

1° Les troubles du caractère et l'instabilité de l'attention constituent le fond mental habituel du choréique ; ils sont corrélatifs aux troubles moteurs ; ils expriment comme eux le désordre fonctionnel ou les légions anatomiques de la région opto-striée.

2° La confusion mentale et les délires oniriques sont d'origine toxi-infectieuse et se rencontrent dans la chorée comme dans toute maladie aiguë fébrile.

3° Parmi les psychoses définies qui surviennent au cours ou à la suite de la chorée, un certain nombre paraissent sous la dépendance de la chorée elle-même ; d'autres ne sont que l'exagération occasionnelle à la suite de l'infection choréique, des tendances constitutionnelles. Enfin il est possible que la chorée, comme l'encéphalite épidémique, puisse créer de toutes pièces des troubles du caractère, ou des psychoses chroniques. — Ainsi s'établit une nouvelle analogie entre les deux maladies dont quelques auteurs veulent affirmer l'identité.

Délire d'imagination et réactions méningées (5 pages), en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (*Société de Psychiâtrie,* 22 avril 1920).

Le malade, que nous présentons, a, depuis quatre ans, un délire d'imagination avec idées de grandeur qui ne s'est pas modifié dans son expression depuis 1916 et qui s'est accompagné d'une lymphocytose céphalo-rachidienne dont l'intensité s'est atténuée progressivement. Ce délire, qui paraissait au début symptomatique d'une méningo-encéphalite diffuse, tend maintenant à évoluer pour son propre compte sans qu'on puisse le rattacher à la paralysie générale.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter pour deux raisons.

D'une part, actuellement nous croyons pouvoir écarter avec certi-

tude le diagnostic de paralysie générale qui paraissait probable en 1916. Aucun signe physique n'est apparu; le fond mental est resté intact; la réaction lymphocytaire, d'abord abondante, est devenue minime; enfin la réaction de Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, ce délire imaginatif, né au cours de la guerre, a pris la couleur militaire des préoccupations du moment. Le malade dit entendre des voix qui n'ont pas les caractères des hallucinations auditives. Ce sont des représentations mentales vives. Il se complète d'une fabulation pseudo-hallucinatoire, comme Dupré et Logre l'indiquent dans leur travail sur les délires d'imagination. Il est fréquent que les malades décrivent comme des perceptions des événements qui relèvent de la fabulation plus ou moins extemporanée... Les imaginatifs, en racontant comme des événements réels et vécus, les épisodes de leur délire, emploient avec prédilection des expressions telles que « j'ai vu », « j'ai entendu ». La fabulation peut faire croire à l'existence d'hallucinations. C'est le cas de notre malade.

Délire de rêverie (6 pages), en collaboration avec M. Borel (*Société de Psychiâtrie*, 15 juin 1922).

La malade que nous présentons est une femme de 49 ans, célibataire, qui est atteinte depuis quatre ans d'un état délirant caractérisé par :

1° Des interprétations morbides à thème banal de persécution et de préjudice;

2° Un délire imaginatif mégalomaniaque et érotique, à contenu incohérent et absurde, mais sans affaiblissement psychique.

Nous n'insistons pas sur les idées de persécution et de préjudice. Nous insistons davantage sur la partie imaginative du délire, dont le contenu et le mécanisme nous ont paru intéressants.

Tandis que les idées de persécution et de préjudice sont pauvrement mais nettement systématisées, les idées de grandeur sont multiples, mobiles, incohérentes, absurdes, contradictoires, sans cependant qu'il y ait d'affaiblissement intellectuel.

Ce délire ne nous paraît pas rentrer dans la démence paranoïde, car, le fond mental du malade est intact. Il ne s'agit pas non plus de délire de grandeur qui marque une étape avancée d'une psychose hallucinatoire ou interprétative chronique. Il n'y a pas ici de pro-

cessus hallucinatoire réel. Quant aux interprétations, elles existent à côté de l'élément imaginatif ; elles ne l'ont pas précédé ; elles l'ont plutôt suivi ; chacun des deux processus imaginatif et interprétatif évolue indépendamment sans que les deux soient unis par un lien logique et réel.

Enfin il ne s'agit pas là d'une bouffée délirante imaginative au cours d'une paralysie générale. Il n'y a de celle-ci aucun signe psychique, ni physique, ni sérologique.

Nos observations se distinguent du type habituel de délire d'imagination décrit par Dupré et Logre et peuvent en être considérées comme une forme clinique.

En effet, à la base du délire d'imagination existe un déséquilibre constitutionnel, la mythomanie, et le délire n'est que l'exagération morbide des tendances à la fabulation et au mensonge.

Or, chez notre malade, la constitution mythomaniaqne n'a jamais paru évidente. D'après ce que nous avons pu savoir, elle était plutôt paranoïaque, orgueilleuse, méfiante et taciturne.

L'histoire de sa vie peut nous renseigner sur l'organisation de son délire. Notre malade ne s'est jamais mariée ; elle est restée vierge ; elle a passé toute sa vie à aider et à soigner son père. Son seul plaisir était de lire les romans ; elle aimait beaucoup leurs fictions ; jusqu'à ces quatre dernières années elle pouvait les refouler. Il semble que pendant toute sa vie, elle ait trouvé dans une *rêverie* imaginative une sorte de *compensation* à la réalité sans amour et sans joie, qui lui était réservée. Depuis sa ménopause, elle s'est évadée définitivement de la réalité pour se réfugier dans les créations imaginatives devenues du délire. Celui-ci est une sorte de compensation de ses désirs refoulés.

Des cas de ce genre paraissent favorables à la psychanalyse. Le désintéressement de la réalité se fait par un mécanisme que Freud, Bleuler, Yung appellent l'introversion. Celle-ci constitue, dans la théorie psychanalytique une régression à un stade de la vie sexuelle infantile, soit auto soit hétéro-érotique.

Nous avons cherché les souvenirs d'enfance les plus éloignés et les plus précis, que gardait la malade. Le délire actuel n'est pas autre chose que l'épanouissement d'une lointaine fiction infantile, qui déjà lui servait de défense contre la réalité. Celle-ci ne fut jamais agréable. La rêverie de l'enfance s'est prolongée pendant toute la vie de l'adulte s'enrichissant de données romanesques acquises au cours des lectures. A la ménopause la rêverie est devenue délire.

Sans doute, tous les délires d'imagination pourraient être considérés comme des délires compensateurs d'une réalité pénible.

Dans le cas, que nous rapportons, il nous semble qu'il s'agit moins d'une mythomanie créatrice, fabulante et délirante, que d'une sorte de rêverie qui a prolongé pendant toute la vie un rêve mégalomaniaque et érotique de l'enfance dans tout ce qu'il peut avoir d'infantile, c'est-à-dire d'incohérent, d'absurde et de contradictoire.

C'est pourquoi, sur les conseils de M. Dumas avec qui nous avons vu cette malade, nous donnons, à cette forme de délire imaginatif, l'étiquette de *délire de rêverie*.

Il nous semble essentiel d'y mettre en évidence un mécanisme imaginatif, qui a déjà commencé à jouer dans l'enfance comme compensation de la réalité et qui a fini par envahir toute la personnalité. Les éléments accessoires de persécution, de préjudice, de revendication peuvent s'y adjoindre plus ou moins intimement, mais sans détruire l'unité originelle et symptomatique de ce délire de rêverie.

Cette étude sur le délire de rêverie a été suivie de publications de MM. Robin et Borel sur les « Rêveurs éveillés » et de MM. Mignard et Montassut sur les « Délires de compensation » dont la conception est analogue à celle que nous avons exposée dans notre travail.

La Psychanalyse (40 pages) (in *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 août 1914, et in *Traité Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix. Psychiatrie*, 2ᵉ édition, Paris, 1926).

Nous exposons les théories de Freud et sa méthode. Nous discutons les applications thérapeutiques, et nous attirons l'attention sur les dangers de la méthode pour le malade et pour le médecin. Au terme de notre étude, faite objectivement, nous aboutissons aux conclusions suivantes.

1° La psychanalyse est une méthode nouvelle qui permet d'étudier l'inconscient mieux qu'on n'avait pu le faire avant elle. La psychanalyse a rendu de grands services à l'analyse psychologique;

2° A la base de la psychanalyse, Freud a placé le développement sexuel, jusqu'alors mal exploré. Sans faire abstraction des critiques légitimes que le système pansexualiste a méritées, il faut reconnaître que la psychanalyse a eu le mérite de tenir compte du rôle de l'affectivité dans le mécanisme de la psychologie normale et pathologique.

Cette affectivité est instinctive. On peut en discuter la nature entièrement ou partiellement sexuelle; mais on ne peut nier le rôle de la sexualité dans la symptomatologie et l'étiologie de nombreuses psychopathies. L'existence d'une sexualité infantile précoce légitime une éducation sexuelle donnée avec prudence;

3° En thérapeutique, la psychanalyse paraît réservée à certaines psychonévroses anxieuses qui, par leur ancienneté et leur ténacité, ont résisté aux autres médications psychologiques. Son utilité, incontestable dans l'analyse des délires, est douteuse dans le traitement des psychoses;

4° La pratique de la psychanalyse est longue et délicate. Elle doit être confiée seulement aux médecins. Elle nécessite d'abord un diagnostic précis de la maladie et, bien ou mal maniée, elle peut ou rendre d'incontestables services ou gravement nuire au malade.

Actuellement encore, après dix ans d'expérience, nous pensons qu'il faut donner à la psychanalyse, en psychiâtrie, la place qui lui revient, importante, mais non essentielle. Elle est une méthode clinique d'examen et de traitement. Elle a été modifiée successivement par Freud et ses élèves; elle est susceptible de modifications ultérieures. De la théorie, il restera ce qui reste de toute théorie systématique; mais elle a révélé des faits psychologiques qui ont eu déjà et qui auront sans doute des conséquences importantes dans les conceptions psychiatriques.

ETUDES SUR L'AUTOMATISME MENTAL

Le symptôme de devinement de la pensée (4 pages), en collaboration avec M. Lamache (*Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes*, 28 mai 1925, et *Société de Psychiâtrie*, octobre 1914).

Nous avons eu l'occasion d'observer chez six malades un symptôme qui, à notre connaissance, n'a pas encore été signalé, et que nous décrivons sous le nom de « devinement de la pensée ». Il consiste dans l'affirmation délirante de la faculté de connaître la pensée d'autrui. Nous rapportons les observations de ces malades, que nous avons examinés et certifiés à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police.

D'après les observations résumées de nos 6 malades, le symptôme de devinement de la pensée est accompagné d'autres symptômes de l'automatisme mental : prise et répétition de la pensée, énonciation des actes, hallucinations auditives et psychiques, etc.

On peut se demander si ce symptôme n'est pas un fait d'interprétation morbide, ou le résultat d'une hallucination ou une création imaginative du sujet. Nous ne le croyons pas. Il n'offre ni la tendance explicative, réfléchie, systématique de l'interprétation. Il n'est point non plus le produit d'une hallucination auditive avec extériorisation spatiale, ou d'une hallucination psychique avec hyperendophasie. Enfin, il ne nous semble pas que ce devinement de la pensée soit un jeu imaginatif, une fabulation du malade; il n'a point la richesse, l'agrément, la variété, la multiplicité des produits habituels de l'imagination morbide. La certitude délirante du sujet se produit d'une façon brusque, automatique, irréductible et incoercible. Une de nos malades nous disait que « cela lui venait tout d'un coup, comme une inspiration ».

Dans tous nos cas, il ne s'agit ni d'une interprétation ni d'une hallucination, ni d'une fabulation.

Ce n'est pas non plus un fait de médiumnité, le malade n'est pas

l'intermédiaire d'une volonté étrangère et supérieure qui lui transmet sa pensée. C'est lui-même qui peut deviner la pensée d'une autre personne par *intuition.* Trois sur six de nos malades nous l'ont exprimé spontanément : « Intuition des âmes par la grâce de Dieu », disait l'une d'elles. L'intuition est un des éléments de l'automatisme mental (de Clérambault).

Enfin, le devinement de la pensée n'a rien de commun avec le transitivisme de Wernicke, dans lequel le malade a le sentiment que le monde extérieur est changé et que l'entourage est aliéné.

Ainsi, au point de vue séméiologique, le symptôme de devinement de la pensée doit compter parmi les faits idéo-verbaux de l'automatisme mental, tels que la prise, la répétition, le devancement, la substitution de la pensée, l'énonciation des actes, symptômes qui en totalité ou partiellement sont, d'ordinaire, concomitants. Il y a transposition apparente des phénomènes. Le malade, de même qu'on lui prend sa pensée, peut capter, par intuition brusque, la pensée d'autrui. Il y a identité de mécanisme. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de la même pensée extériorisée et non reconnue du sujet.

Le *contenu* de cette pensée devinée est en général en rapport avec les préoccupations habituelles du malade. Celui-ci devine chez ses persécuteurs des idées hostiles. Mais le contenu peut être indifférent.

La *réaction affective* du malade qui constate sa faculté de deviner la pensée d'autrui est habituellement euphorique. Il est satisfait et fier de sa faculté exceptionnelle.

Dans le diagnostic des psychoses, le symptôme du devinement de la pensée nous paraît présenter un certain intérêt. Dans notre observation (IV) la malade était très réticente, elle niait tout hallucination. D'après son comportement, on pouvait croire qu'il s'agissait d'un état maniaque avec fabulation. Or le symptôme de devinement de la pensée qui dominait le tableau clinique nous a permis d'affirmer l'existence de l'automatisme mental confirmé par la révélation ultérieure et certaine des hallucinations auditives.

Nous sommes persuadés que ce symptôme, jusqu'alors jamais signalé, et actuellement rarement recherché, existe plus souvent qu'on le croit, et peut rendre des services dans le diagnostic des psychoses, en mettant sur la piste d'un automatisme mental.

Au point de vue médico-légal, le devinement de la pensée dans l'observation (I) a déclenché le désordre des actes de la malade et l'accident d'automobile qui fut la cause de son envoi à l'Infirmerie spéciale. Le symptôme que nous décrivons présente donc une cer-

taine importance puisqu'il est capable de diriger les actes et la conduite des malades.

Enfin nous attirons l'attention sur le fait que trois de nos sujets étaient atteints d'affections organiques. Ces faits viennent à l'appui de l'origine *organique de l'automatisme mental* auquel se rattache le symptôme du devinement de la pensée.

Contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental (48 pages). (*Annales médico-psychologiques*, novembre-décembre 1926).

Les tendances psychiatriques ont actuellement une double orientation : d'une part, sous l'impression de Freud et de la psychanalyse, un certain nombre d'auteurs français et étrangers recherchent dans l'étiologie des maladies mentales, en général, et de la psychose hallucinatoire chronique, en particulier, une origine psychologique. Pour eux, les psychoses seraient des maladies acquises ; leur contenu idéique serait le symbole du trauma affectif qui remonterait à l'enfance et qui serait psychogénétique.

D'autre part, la notion des constitutions morbides due à Dupré, a été aussi génératrice de théories qui tendent à expliquer l'éclosion et le développement des maladies mentales et particulièrement des délires chroniques. Cette conception de la valeur nosologique des constitutions est à la base de la distinction qui a été établie par certains auteurs entre deux grandes catégories de maladies mentales : les psychopathies organiques et les psychoses constitutionnelles.

Cependant, en dehors de ces deux conceptions qui se disputent la faveur de la mode psychiatrique, tend à se former le retour à la tradition anatomo-clinique de la psychiatrie.

Nous pensons que tous les efforts qui sont faits pour démontrer l'origine organique des maladies mentales sont conformes à la tradition anatomo-clinique de la médecine française.

C'est pourquoi nous avons accueilli avec faveur la notion de l'automatisme mental, décrit par de Clérambault comme le noyau fondamental des psychoses chroniques.

Le syndrome d'automatisme mental est l'élément initial fondamental et générateur des psychoses hallucinatoires chroniques, dites psychoses systématisées progressives. L'idée qui domine la psychose n'en

est pas la génératrice, bien que la psychologie commune l'indique et que la psychiatrie classique la confirme. Le noyau des psychoses est dans l'automatisme, l'idéation est secondaire (DE CLÉRAMBAULT).

Le syndrome d'automatisme mental est, selon la conception DE CLÉRAMBAULT, de nature organique. Il n'a rien de psychogène. Il est l'expression d'un désordre anatomique, d'une lésion histologique ou d'un trouble physiologique.

Nous avons donné à cette notion l'expression suivante : « Le cerveau malade produit automatiquement, dans certaines circonstances, une pensée qui s'extériorise et n'est plus reconnue du sujet. »

A cette conception de la nature organique de l'automatisme mental on peut objecter que la preuve n'est pas faite ; que les lésions anatomiques, d'ordre histologique, n'ont pas été démontrées.

Msis le syndrome d'automatisme mental, avec son cortège d'idées délirantes organisées de persécution ou d'influence a été décrit dans certaines psychopathies ou affections neurologiques dont la nature organique est certaine : paralysie générale, tumeur cérébrale, épilepsie. L'automatisme mental hallucinatoire, qui se manifeste à l'occasion de ces affections organiques et qui se traduit par un délire à contenu variable, est, sur un autre plan, la manifestation du même désordre physiologique et de la même lésion histologique. Les observations, que nous rapportons, sont en faveur de cette conception.

1) *Automatisme mental dans l'épilepsie.* — Nous rapportons deux observations dans lesquelles l'automatisme mental est survenu avec tout son cortège hallucinatoire chez des épileptiques, et peut être considéré comme un équivalent comitial.

L'une de nos malades, épileptique avérée, que nous avons examinée avec M. MERKLEN, présente des crises convulsives, des absences et des équivalents confusionnels conscients et, chez elle, nous avons vu s'installer un automatisme mental avec des idées délirantes d'influence.

Nous avons observé l'autre cas d'automatisme mental avec notre élève LAMACHE. Il s'agit d'une épileptique alcoolique qui, consciente de la nature morbide de son automatisme impulsif, l'explique par une influence étrangère. Son délire d'influence, à base d'automatisme mental, n'existe qu'à l'occasion et qu'à titre d'explication de ses crises et de ses fugues.

2) *Automatisme mental et syphilis.* — Nous rapportons quatre observations.

Dans les trois premières, le syndrome d'automatisme mental survient chez un syphilitique avéré sans aucun signe de syphilis du névraxe.

Dans la quatrième, l'automatisme mental survient au cours d'une syphilis encore en évolution, avec des signes neurologiques de syphilis nerveuse et disparait à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Dans ce dernier cas, en particulier, nous devons noter deux faits :

1° l'apparition d'un syndrome d'automatisme mental avec idée de persécution au cours d'une syphilis viscérale en évolution ;

2° la disparition du syndrome d'automatisme mental, en même temps que des accidents viscéraux, à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Conclusion

Pour ceux qui, comme de Clérambault et comme nous, ne croient pas à la psychogénèse des maladies mentales en général et de la psychose hallucinatoire chronique en particulier, nous pensons qu'ils pourront trouver dans nos observations des arguments en faveur de l'origine organique do syndrome d'automatisme mental, noyau essentiel des psychoses chroniques.

Réponse à la critique de M. Ceillier sur ce que l'on appelle l'automatisme mental (6 pages) (*Société de psychiâtrie*, 17 mai 1927).

L'automatisme mental, d'après la description donnée par de Clérambault est un *syndrome clinique*, c'est-à-dire un ensemble de symptômes qui constituent un système autonome, mais dont les combinaisons sont variables autant que les associations avec les syndromes d'un autre ordre.

Ces symptômes constituent deux groupes : l'un essentiel, l'autre accessoire. Le groupe essentiel est fait surtout de l'écho de la pensée, de l'énonciation des actes, des dialogues intérieurs, des hallucinations motrices. Le groupe accessoire comprend les hallucinations auditives

et visuelles avec extériorisation spatiale, les hallucinations psychiques par hyperendophasie.

Quelquefois, le syndrome est réduit à un sentiment d'étrangeté, de perplexité que complètent épisodiquement d'autres éléments. Ce qui est original et nouveau dans cette conception, c'est le groupement de ces symptômes en un syndrome qui traduit « le triple automatisme sensitif, moteur et idéo-verbal » ; il groupe tous les types d'hallucination connus et il est plus compréhensif que lo terme d'hallucination. C'est bien là une conception originale et qui n'avait été émise par personne.

Dans ma contribution à l'étude de l'automatisme mental, j'ai ajouté la description d'un symptôme qui n'avait pas encore été décrit, *le devinement de la pensée*, et j'ai appliqué la notion de l'automatisme mental à certains délires d'influence que j'ai qualifiés de *symptomatiques* et dont j'avais donné avec Logre la description initiale dans « la manie » et avec Merklen dans « l'épilepsie ».

C'est bien en cela que l'automatisme mental est un syndrome, puisqu'on le rencontre à l'état plus ou moins pur, plus ou moins complet dans des maladies mentales différentes : les unes chroniques, telles que la psychose hallucinatoire et la psychose d'influence, dont, selon la conception de de Clérambault, il constitue le noyau basal ; les autres passagères, comme la manie, l'alcoolisme subaigu, la mélancolie, etc., où il est encadré par les autres symptômes de la maladie provocatrice.

Tant au point de vue descriptif qu'au point de vue doctrinal, l'automatisme est bien un *syndrome clinique* que l'on retrouve et que l'on isole au cours de l'examen de malades ; il reste à interpréter la valeur, la signification, dont dépendent le diagnostic et le pronostic de la maladie au cours de laquelle on l'observe. Ce sont les syndromes concomitants, syndromes délirants de la psychose hallucinatoire chronique ou de la psychose d'influence, syndrome d'excitation de la manie, syndrome de dépression de la mélancolie, etc., qui permettent d'établir le diagnostic de la maladie.

La netteté de sa description permet de le retrouver comme un fil directeur au cours de l'exposé souvent diffus des symptômes d'une maladie aussi compliquée qu'une psychose hallucinatoire chronique, où les éléments hallucinatoires, interprétatifs, imaginatifs, sont mélangés et combinés sans qu'il soit possible au premier abord de faire la part du syndrome essentiel.

La notion de l'automatisme mental n'aurait-elle que cet avan-

tage de faciliter l'examen du malade, la prise d'une observation, qu'il nous paraîtrait déjà très important ; l'automatisme mental a une valeur didactique qui ne peut être niée.

Il est une autre partie de la conception de Clérambault que nous avons adoptée, c'est l'affirmation que cet automatisme mental est d'origine organique. Syndrome clinique qu'on rencontre dans différentes maladies mentales, comment pourrait-il avoir autre chose qu'une base organique ? Le fait qu'on n'apporte pas, dans tous les cas, la preuve anatomique de l'origine anatomique du syndrome, est une objection qui n'est pas sans valeur, mais un grand nombre de preuves cliniques ont été fournies.

J'ai publié de nombreuses observations dans lesquelles le syndrome d'automatisme mental s'est montré au cours de maladies organiques.

Sans doute, au sujet des observations d'automatisme mental survenant au cours d'une paralysie générale, d'une syphilis cérébrale, d'une épilepsie, etc., on a pu dire que ce ne sont que des coïncidences. Mais, ces coïncidences sont suffisamment fréquentes pour que leur signification ne soit pas à dédaigner. De plus invoquer les coïncidences en médecine est un mauvais raisonnement. En médecine générale, nous savons que lorsque deux symptômes paraissent disparates, on a tort de parler de coïncidence : il importe surtout de tenter de les rapprocher l'un de l'autre, et il est bien rare que, par une observation plus soigneuse, on n'arrive pas à leur trouver une cause commune. C'est une règle de la médecine générale, il n'y a aucune raison pour que cette règle ne s'applique pas aussi à la psychiatrie.

Pourquoi admettre que certaines maladies mentales seraient d'origine organique et que d'autres ne le seraient pas ? Quelle serait la limite entre les deux groupes ? Celle que trace notre ignorance, et que les progrès font reculer de plus en plus.

Nous avons vu, il y a quinze ans, à la Salpêtrière, traiter par la psychothérapie les myoclonies qualifiées d'hystériques, auxquelles on reconnaissait une origine psychique. Actuellement, nul ne discuterait leur nature organique ; l'épidémie d'encéphalite a plus fait en deux ans pour rétrécir le champ trop cultivé de l'hystérie que les discussions interminables entre l'École de la Salpêtrière et l'École de Nancy.

Des faits de ce genre, qui se sont passés pendant une courte période de temps, sont des arguments solides lorsqu'on affirme que beaucoup de maladies mentales, considérées actuellement comme

psychogènes, idéogènes, rentreront dans le cadre général des maladies organiques.

Nous discutons ensuite la psychanalyse, sa méthode et ses résultats, notamment dans l'explication du passage de l'obsession au délire d'influence et de la rêverie consciente au délire de rêverie. Nous reconnaissons que la psychanalyse a donné de ces transformations une explication plus ou moins subtile. Mais quand elle veut expliquer comment un fait psychologique conscient se transforme en un phénomène pathologique que le sujet ne reconnaît pas comme tel, la psychanalyse ne nous donne que des explications verbales et sans portée pratique.

Ni l'élan vital de Bergson, ni la libido de Freud ou de Jung ni le principe de puissance d'Adler n'ont la valeur pratique de la constatation clinique du syndrome d'automatisme mental au cours d'une paralysie générale, au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu, à la suite d'une crise épileptique ou au cours de l'évolution d'une tumeur cérébrale.

La conception de l'automatisme mental rentre d'une façon trop évidente dans ce que nous savons des conceptions actuelles de la médecine générale pour que nous n'insistions pas sur sa signification doctrinale. Outre la facilité qu'il donne dans l'examen du malade et les renseignements qu'il peut fournir pour le dépistage d'un état organique, le syndrome d'automatisme mental fait faire à la psychiatrie un incontestable progrès.

La médecine s'est contentée pendant longtemps de faire une description des maladies, puis elle a pénétré plus intimement dans le mécanisme des phénomènes ; elle a acquis la notion des *syndromes*, c'est-à-dire des combinaisons de symptômes qui peuvent être communs à plusieurs maladies.

En psychiatrie, on a fait d'abord une description nosographique des maladies. On tente actuellement de décrire des syndromes cliniques parmi lesquels l'automatisme mental est un des plus importants. C'est par la réunion, la comparaison de ces différents syndromes que l'on arrive au diagnostic de la maladie. Dans la paralysie générale, il y a un syndrome démentiel, un syndrome délirant, un syndrome neurologique, un syndrome biologique. Dans la psychose hallucinatoire chronique et la psychose d'influence il y a un syndrome d'automatisme mental, un syndrome délirant et quelquefois d'autres syndromes qui peuvent mettre sur la piste de la maladie causale.

La notion de l'automatisme mental n'est pas définitive, elle n'est

vraisemblablement qu'une étape, mais une étape nécessaire dans l'étude des maladies mentales. Elle fait rentrer un certain nombre de maladies mentales dans le cadre des maladies générales de nature organique.

Psychose hallucinatoire chronique et syphilis (6 pages) (*Revue de technique médicale*, juin 1927).

Automatisme mental et syphilis, (4 pages), en collaboration avec M. Sizaret (*Société de psychiatrie*, 21 janvier 1926).

L'automatisme mental accompagné de son cortège d'idées délirantes, de persécution, d'influence, de possession, etc... évolue habituellement d'une façon autonome, de telle sorte qu'il faut fouiller avec soin le passé des malades pour retrouver l'affection organique qui le détermine. C'est dans ces conditions qu'il constitue la psychose hallucinatoire chronique à laquelle beaucoup d'auteurs refusent de reconnaître une cause organique.

Dans d'autres cas qui deviennent de plus en plus fréquents au fur et à mesure qu'on les recherche, le syndrome d'automatisme mental apparaît encadré des symptômes d'une affection mentale déterminée : manie, mélancolie, etc... ou d'une affection proprement neurologique, tumeur cérébrale, etc.

Même quand la syphilis existe de façon certaine, il est souvent difficile de faire la preuve de son rôle dans la production du syndrome d'automatisme mental. On peut toujours admettre qu'un malade, ancien syphilitique, peut être atteint ultérieurement d'une psychose hallucinatoire chronique ou d'une psychose d'influence, sans que la syphilis ait conditionné la psychose.

A défaut de preuve anatomique, il est exceptionnel d'avoir une preuve thérapeutique consistant en la disparition du syndrome d'automatisme mental par l'action du traitement spécifique, alors que le syndrome était survenu au cours d'une syphilis encore en évolution.

Des deux malades dont nous relatons l'histoire ci-après, la première appartient au premier type : *syndrome d'automatisme mental survenu chez une syphilitique sans aucun signe de syphilis du névraxe.*

La seconde appartient au second type : *syndrome d'automatisme mental survenu au cours d'une syphilis encore en évolution avec des signes neurologiques de syphilis nerveuse, et disparaissant à la suite d'un traitement spécifique intensif.*

Automatisme mental et syphilis (4 pages), en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de psychiâtrie*, décembre 1928).

Nous présentons deux malades qui ont l'un et l'autre un syndrome d'automatisme mental avec des signes neurologiques et biologiques de syphilis du névraxe.

Dans la première observation, le syndrome complet d'automatisme mental paraît nettement déterminé par la syphilis.

Dans le deuxième, il y s co-existence d'une syphilis du névraxe svec un syndrome incomplet d'automatisme mental.

Psychose encéphalitique avec automatisme mental (4 pages), en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de psychiatrie*, décembre 1928).

C'est le premier cas dans lequel le syndrome d'sutomatisme mental a été observé au cours d'une encéphalite épidémique.

Le syndrome d'automatisme mental est au complet : depuis les phénomènes grossiers des hallucinations auditives jusqu'aux phénomènes plus subtils de la prise et de l'écho de la pensée.

Il existe une grande intensité des troubles cénesthésiques.

Il nous paraît difficile de concevoir cet automatisme mental en dehors de l'encéphalite et nous rattschons à la même étiologie encéphalitique le syndrome neurologique parkinsonien et le syndrome psychique d'automatisme.

On peut se demander si ce syndrome n'est pas un produit de fabulation.

A noter qu'il n'y a pour sinsi dire pas d'idées délirantes. Les phénomènes sont acceptés avec un minimum d'interprétation. Toutefois, ses sensations finissent par l'agacer et le faire souffrir.

Nous ne connaissons pas, dans la littérature, de syndrome d'automatisme mental aussi pur observé à la suite de l'encéphalite. Au point de vue neurologique, l'encéphslite détermine des syndromes souvent isolés, parcellaires, représentation vivante de véritables dissociations histologiques.

Nous ne sommes pas surpris de trouver, au point de vue psychique, la même fine dissociation que nécessite la production d'un automatisme mental. Il est probable que si on les cherchait davantage, on trouverait d'autres exemples d'automatisme mental survenus au cours de l'encéphalite épidémique.

Une telle observation est en faveur de la théorie de l'origine organique de l'automatisme mental.

Délire de rêverie et automatisme mental, en collaboration avec M. Lamache (*Société de psychiatrie*, 19 février 1925).

Le malade dont nous rappportons l'observation présente, sur une base d'automatisme mental, des idées délirantes de persécution avec des interprétations mal systématisées, et surtout un délire de grandeur à thème de filiation de mécanisme imaginatif. Dans la constitution de ce délire de filiation nous avons mis en évidence un processus psychologique de rêverie, qui s'est prolongé pendant l'enfance et l'adolescence et qui n'a pris une réalité délirante que lorsque certaines conditions morbides ont été réalisées. Le délire de la rêverie ne se suffit pas en général à lui-même. Pour que la rêverie normale de l'enfant devienne du délire, il faut une modification de la personnalité, il faut qu'apparaisse le syndrome de l'*automatisme mental.*

Epilepsie psychique mnésique (4 pages), en collaboration avec M. Merklen (*Société de psychiâtrie*, 22 juin 1923).

Le délire d'influence avec automatisme mental évoluait chez une malade épileptique dont les crises convulsives, les absences et les équivalents confusionnels conscients paraissaient conditionner l'automatisme mental avec délire d'influence.

Epilepsie et automatisme mental (4 pages), en collaboration avec M. Lamache (*Société de psychiâtrie*, 18 décembre 1924).

La malade présentait des impulsions irrésistibles, quelquefois avec des équivalents confusionnels et des épisodes hallucinatoires, surtout d'ordre auditif. Consciente de la nature morbide de ses troubles et interprétant ses impulsions et ses phénomènes hallucinatoires, elle construisit un délire d'influence et de mysticisme.

Perplexité et automatisme mental (6 pages), en collaboration avec M. Lamache (*Société de psychiatrie*, 23 avril 1925).

Il s'agit d'un cas d'automatisme mental incomplet et au début de son évolution. La note dominante du syndrome est la perplexité.

Dans la constitution du syndrome lui-même, on ne peut négliger une fièvre typhoïde très grave que la malade a eue au Maroc, peu de temps avant l'éclosion de son délire.

Sur la base d'automatisme mental, la malade a organisé un délire à thème d'influence et d'érotisme homo-sexuel. Le délire d'influence est secondaire à l'apparition du syndrome d'automatisme mental. La malade est une ancienne obsédée scrupuleuse, psychasthénique, mais pour que l'obsession devienne chez elle un délire il a fallu l'intervention, accidentelle mais nécessaire, de l'automatisme mental, maladie organique.

Idées d'influence au cours de l'excitation maniaque (6 pages), en collaboration avec M. Logre (*Congrès de Strasbourg*, 1920).

Nous avons, en collaboration avec Logre, montré l'existence et même la fréquence relative des idées d'influence plus ou moins systématisées au cours des états maniaques. Ce chapitre des délires d'influence symptomatiques, qui est seulement indiqué dans la thèse de Lévy-Darras, s'est depuis lors singulièrement enrichi des observations ultérieures de M. Codet dans la mélancolie, Ceillier dans les obsessions, etc... Nous en avons nous-même publié dans l'épilepsie. Ces délires d'influence symptomatiques permettent d'envisager l'automatisme mental comme un syndrome qui n'a en lui-même aucune valeur pronostique. Il peut guérir lorsqu'il apparaît au cours d'une maladie curable comme la manie ou la mélancolie. Le pronostic dépend donc du cadre pathologique dans lequel apparaît le syndrome d'automatisme mental.

Les délires d'influence symptomatique (4 pages), en collaboration avec M. Lamache (*La Pratique médicale française*, mai 1925).

La chronicité et l'incurabilité (Seglas, Lévy-Darras) ne sont pas des caractères essentiels des délires d'influence ; ceux-ci peuvent survenir au cours d'affections passagères (manie, mélancolie, épilepsie) et guérir avec elles.

Discussion sur un cas d'automatisme mental datant de vingt ans (4 pages), en collaboration avec M. Lamache (*Soc. Clin. Méd. Ment.*, 15 décembre 1924).

On est en présence d'un individu dont le *curriculum vitæ* est si riche d'aventures et qui témoigne d'une telle tendance au parasitisme administratif, qu'on doit se demander si ce n'est pas un simulateur dont l'imagination active et enrichie de l'expérience de 8 années d'asile et de 15 ans de prison invente tout le syndrome hallucinatoire survenu fort à point.

Mais il nous paraît difficile d'expliquer par le jeu imaginatif conscient de la simulation, un syndrome d'automatisme mental aussi complet, aussi précis.

Le fait que ses hallucinations se produisent surtout dans les périodes de misère et de chômage, incitant à la simulation utilisatrice, n'est pas une objection solide. Il est très fréquent au cours des psychoses hallucinatoires chroniques de voir la psychose, réduite à l'asile ou dans des conditions de tutelle familiale et de sécurité matérielle, présenter des rémissions plus ou moins prolongées et ne se manifester qu'à l'occasion d'un épisode émotif ou d'une menace de la misère.

C'est au titre de syndrome d'automatisme mental datant de plus de 20 ans, avec phénomènes visuels et avec un minimum d'idées de persécution que nous présentons ce malade.

Automatisme mental chez un ancien obsédé (4 pages), en collaboration avec M. Lelong (*Société de Psychiâtrie*, 18 novembre 1926).

Il s'agit d'un syndrome d'automatisme mental au complet, sans idées de persécution, car le malade n'est pas un paranoïaque.

Le symptôme de l'écho de la pensée a été précédé d'impulsions obsédantes.

Nous ne croyons pas qu'il suffise d'une interprétation simple pour passer de l'obsession à l'hallucination. Nous ne pensons pas non plus que l'apparition de l'hallucination chez un obsédé soit due à l'intensité croissante de l'anxiété produisant l'obnubilation de la conscience (Stocker). Chez notre malade, les obsessions se manifestèrent assez tardivement, elles précédèrent les symptômes de l'écho de la pensée, mais elles furent consécutives à un sentiment de perplexité qui paraît avoir précédé, pendant un temps assez long, les phénomènes hallucinatoires. Ce symptôme de perplexité, fait déjà partie du syndrome d'automatisme mental.

D'ailleurs, dans ce cas, les obsessions que présentait notre malade ne se sont jamais accompagnées d'une très grande angoisse. Il ne nous semble pas que celle-ci puisse être invoquée dans la transformation des obsessions en hallucinations. Pour passer de l'une à l'autre, ce qui est d'ailleurs très rare, il faut faire participer un syndrome d'automatisme mental qui équivaut à une lésion organique.

Dans l'observation que nous rapportons, ce syndrome est d'une pureté, d'une richesse remarquables. Il nous paraît être l'illustration complète d'une définition que nous avons donnée de l'automatisme mental : *Pensée qui s'extériorise et n'est plus reconnue du sujet.*

Automatisme mental post-onirique chez un enfant (4 pages), en collaboration avec M[lle] Badonnel (*Société Médico-Psychologique*, 29 novembre 1926).

Il s'agit d'un *automatisme mental post-onirique,* survenu chez un enfant, ancien épileptique, dont les antécédents héréditaires sont assez chargés au point de vue psychopathique. Ce syndrome est caractérisé par des hallucinations auditives, des hallucinations visuelles et des hallucinations psycho-motrices.

Il est certainement d'origine onirique et survenu au cours d'une affection fébrile indéterminée qui a présenté d'emblée des troubles psychiques de caractère onirique avec hallucinations visuelles.

C'est un automatisme mental sans délire, une hallucinose pure.

Dans un cas de ce genre, la nature organique de l'automatisme mental est prouvée :

1° *surtout,* par les *phénomènes infectieux* qui ont précédé, et au

cours desquels se sont produits les phénomènes oniriques indiqués.

2° *Par un terrain lésé, au point de vue organique,* puisque, pendant les premières années de l'enfance, avaient existé des crises épileptiques.

C'est encore au titre de contribution à l'étude de l'origine organique de l'automatisme mental que nous rapportons cette observation.

ÉTUDES SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Encéphalite épidémique. Encéphalite léthargique (6 pages) (*Rev. Génér. L'Hôpital*, mai 1920).

Considérations sur 14 cas de perversions post-encéphalitiques. Vœu concernant l'hospitalisation des enfants pervers encéphalitiques (6 pages) (*Société de Psychiâtrie*, 19 novembre 1925, et *Archives de Médecine des Enfants*, mai 1926).

Le nombre des cas de troubles du caractère et de perversions qu'on observe chez les enfants à la suite de l'encéphalite épidémique va en augmentant.

Les perversions observées chez les enfants post-encéphalitiques sont de deux types :

1° Le plus souvent elles ont un caractère d'impulsivité, de brusquerie, d'incoercibilité, d'inutilité, avec turbulence, indiscipline, fugues, vols, violences. Ces réactions ressemblent dans leur contenu et leur forme à celles des épileptiques, mais elles sont conscientes et mnésiques ;

2° Quelquefois, au contraire, les perversions ont un caractère de réflexion, de préméditation, d'intérêt utilitaire, de tendance maligne, intelligente et tenace, qui les apparente tout à fait aux perversions instinctives constitutionnelles.

Nous n'insisterons pas sur l'intérêt doctrinal qui permet par analogie d'invoquer, pour les perversions instinctives, une pathogénie de même ordre infectieux ou toxique, en tout cas organique, et de leur dénier une origine acquise et psychogénétique.

Ce qui caractérise les perversions post-encéphalitiques, c'est l'inintimidabilité et l'incapacité de les réduire par le blâme ou la punition.

L'encéphalite est-elle éteinte quand apparaissent les perversions ?

A notre avis, il ne s'agit pas d'une séquelle de la maladie, mais d'une forme clinique particulière de celle-ci.

Un argument pourrait être tiré de la ponction lombaire. Dans tous les cas où nous avons fait une ponction lombaire, l'examen du liquide céphalo-rachidien nous a montré une glycorachie nette.

Actuellement, il faut considérer les pervers encéphalitiques comme des malades chroniques ; mais rien ne montre qu'ils sont incurables.

Quelles mesures peuvent être prises pour ces pervers encéphalitiques ?

Ils ne peuvent être gardés dans la famille ni à l'école.

Ils ne peuvent être mis à l'hôpital, car ils sont atteints d'une maladie chronique, et ils ne peuvent être gardés dans les services de maladies aiguës.

Ces enfants ne peuvent être confiés à un patronage d'enfants délinquants, car ce sont des malades qui doivent être soignés et surveillés, mais pour lesquels il serait vain d'espérer un amendement par le travail et l'exemple, puisqu'ils ont montré qu'ils ne peuvent se livrer à un travail stable et fixe et qu'ils sont inintimidables. D'autre part, ils sont dans le patronage comme à l'école une cause permanente de trouble et de scandale.

La seule mesure à prendre actuellement pour ces pervers encéphalitiques est l'internement dans un asile d'aliénés par voie de placement volontaire, ou, s'il y a lieu, de placement d'office.

Est-ce la meilleure solution possible ? Nous ne le pensons pas.

Il est désirable que les enfants atteints de perversions d'origine encéphalitique soient réunis dans des services spéciaux, de préférence hors des services d'aliénés.

Encéphalite épidémique polymorphe (4 pages), en collaboration avec M[lle] Badonnel (*Société de Psychiâtrie*, 26 avril 1928).

Cette observation nous a paru intéressante à présenter, non à cause des troubles du caractère encéphalitiques eux-mêmes qui rentrent dans un groupe de faits maintenant bien connus ; mais parce qu'un certain nombre de points nous paraissent devoir être mis en évidence.

1° Ces troubles du caractère encéphalitiques sont apparus chez un

enfant dont les antécédents héréditaires et collatéraux sont extrêmement chargés.

C'est sur un terrain très taré, et où les tendances perverses s'étaient déjà manifestées, que l'encéphalite, se produisant à 14 ans, a déclenché la série grave des troubles du caractère que nous avons indiquée.

Nous avons déjà insisté antérieurement sur certains cas où les troubles du caractère encéphalitiques ont aggravé des tendances perverses constitutionnelles.

2° Il est remarquable d'avoir vu se succéder en un temps relativement court (4 mois à peine) les diverses phases de cette maladie : état confusionnel, somnolence, parkinson, troubles du caractère ; ces troubles du caractère eux-mêmes semblent avoir eu des poussées évolutives variables, avec des phases de calme, de véritables intermittences, de telle sorte que, comme nous l'avons déjà exposé, on peut considérer les troubles du caractère et les perversions survenant au cours de l'encéphalite, non comme une séquelle de la maladie, mais comme une forme clinique qui a son évolution propre.

3° Nous insistons sur ce fait que l'internement dans des cas de ce genre ne résoud pas la question du sort des malades, qui sont utilisables pendant une grande partie du temps et devraient être mis, sans qu'on ait besoin de la formalité de l'internement, dans un établissement spécial où ils pourraient être suivis, traités et utilisés surtout d'une façon manuelle.

4° Cet enfant avait commis des délits qui l'ont amené devant le Tribunal. Comme il s'agissait d'un mineur, la question de responsabilité, de discernement ne s'est pas posée à son égard, et, en vertu de la loi de 1912, le sujet a été immédiatement confié au Patronage de l'enfance ; mais s'il s'était agi d'un adulte ayant commis, comme lui, un vol et trouvé porteur d'armes prohibées, la question de responsabilité aurait été mise en cause. Au cours d'une expertise, un pareil sujet lucide, non délirant, non affaibli, non débile, et ne présentant en somme aucune manifestation psychopathique paraît devoir difficilement être considéré comme en état de démence au moment de l'acte, ou comme ayant obéi à une force à laquelle il ne pouvait résister.

Toutefois il est impossible de ne pas tenir compte de l'encéphalite. S'il s'agissait d'un adulte, pour lequel on pourrait difficilement se résoudre à l'internement, on devrait admettre la responsabilité atténuée qui entraînerait les circonstances atténuantes, d'où une minime condamnation, et sans doute un acquittement ; or il est bien certain

que le sujet, remis en liberté, recommencerait ses fugues, son vagabondage, voire ses vols, et que, de ce fait, la défense sociale serait difficilement assurée ; c'est pourquoi nous insistons encore sur la nécessité de la création pour ces instables et ces pervers encéphalitiques de services spéciaux d'observation, de traitement et d'utilisation ; car dans l'état actuel de la question, il n'y a pas d'autre solution que l'internement dans un asile d'aliénés ou une condamnation à la prison.

Huit observations de troubles du caractère et de perversions post-encéphalitiques avec réactions médico-légales, *in* Rapport de Fribourg-Blanc : « Les réactions anti-sociales au cours de l'encéphalite épidémique » (*Congrès de médecine légale*, Paris, octobre 1928).

Troubles de la conduite et perversions post-encéphalitiques. Considérations médico-légales (4 pages), en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de psychiâtrie*, 24 mai 1928).

Chez notre malade, il existe un syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec bradycinésie et bradypsychie, des troubles du caractère et des perversions qui sont apparues immédiatement après la phase léthargique de l'encéphalite.

Il est intéressant de noter que ces troubles du caractère et ces perversions se sont produits chez une femme de 23 ans, ce qui est relativement rare chez l'adulte, alors que ces séquelles psychiques sont si fréquentes chez l'enfant.

Ce qui nous paraît intéressant, c'est la succession des vols et les condamnations successives qu'ils ont entraînées. Les causes de ces vols sont apparemment logiques. La malade dit qu'elle a volé à chaque fois parce qu'elle était dans la misère. D'autre part, l'exécution était toujours adroitement combinée. Elle savait attendre le moment où il n'y avait personne dans la maison ou dans la boutique ; elle préméditait le vol ; elle savait où les voisins enfermaient leur argent et où se trouvait la clé ; une série de circonstances indiquent que la malade était capable de sang-froid et de réflexion dans la conception et dans l'exécution du vol. Pourtant chacun de ces vols se produisait dans des conditions nettement pathologiques.

Nous avons insisté sur le caractère quelquefois paradoxal des délits commis par les encéphalitiques qui paraissent, dans la conception et dans l'exécution de leurs actes, témoigner d'une préméditation et

d'une intelligence suffisantes. Si l'on admet pourtant que l'encéphalite a une certaine importance dans le déterminisme du délit, on est tenté d'accorder une responsabilité atténuée, d'où les circonstances atténuantes et une peine légère.

Or il semble certain que ces encéphalitiques avec troubles du caractère sont tout à fait inintimidables, que la peine n'a sur eux aucune action et que, dès qu'ils sont mis en liberté, ils recommencent à commettre les délits sous une forme presque stéréotypée : fugues, vols ou délits sexuels.

C'est dans des cas de ce genre qu'on peut voir le danger que présente la formule de la responsabilité atténuée, qui empêche toute défense sociale efficace.

Dans l'état actuel, faute de service spécial pour ces malades, la seule solution est l'internement.

Psychose encéphalitique. Réactions médico-légales (4 pages), en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de psychiatrie*, 20 décembre 1928).

Le malade que nous présentons est un encéphalitique qui, après sa maladie, a été arrêté huit fois pour vol. Il a été pris, chaque fois, en flagrant délit.

Nous retrouvons dans les vols de ce malade plusieurs caractères que nous avons déjà signalés dans les réactions médico-légales des encéphalitiques :

Impulsion au vol et réalisation sans discussion. Apparence de préméditation mais, au fond, caractère nettement pathologique de l'acte, manque d'adresse et presque toujours arrestation en flagrant délit.

Stéréotypie du vol. Ce sont presque toujours des objets de même sorte que Z. a volés.

Installation progressive des habitudes de vol ; à la fin, absence totale de résistance. Récidive incessante, malgré les condamnations ou l'internement.

Utilisation d'une paranoïaque par un autre paranoïaque, réactions inter-psychologiques (*Société de Psychiâtrie*, 1923).

De cette observation quelques faits nous paraissent devoir être mis en évidence.

1° L'existence chez la malade d'une constitution paranoïaque avec ses caractères dominants habituels, orgueil et méfiance, et un fond de débilité mentale. Elle ne présente pas de système délirant à proprement parler, mais tous les faits qui se passent, toutes les paroles et tous les gestes des personnes avec lesquelles elle vit, sont interprétés dans un sens qui lui est défavorable. Elle est une perpétuelle victime des gens et des événements, d'où quérulence et protestations.

2° La méconnaissance, au début, de son état morbide par son entourage, et actuellement encore, par sa famille.

3° La tentative d'utilisation de cette paranoïaque débile par un autre paranoïaque plus intelligent, plus actif, et capable, dans un but intéressé, d'organiser toute une mise en scène de protestation collective.

4° La passivité des signataires du dossier de protestation qui donnent leur signature sans rien connaître des faits de la cause, et qui se laissent manœuvrer par un processif pathologique.

5° Le danger du maintien en liberté d'un paranoïaque, qui a déjà été condamné pour coups de revolver, et qui continue à s'adresser aux pouvoirs publics, directement ou par l'intermédiaire d'un parlementaire, dans un but manifeste de scandale.

6° La constitution d'une véritable psychose collective, dont M... était le centre, et qui tendait à diffuser et à s'étendre du fait de la propagande active de O... De telles réactions interpsychologiques illustrent les considérations émises par Dupré dans son discours de Strasbourg sur l'interpsychologie morbide, particulièrement quand il envisage la méconnaissance et l'utilisation des psychopathes par leur entourage.

7° Le mécanisme quasi invariable de la contestation des internements qui comporte, dans ses éléments essentiels, l'ignorance, la malignité, la processivité, dont les réactions interpsychologiques combinées aboutissent aux campagnes organisées contre les internements dits arbitraires.

Les bourreaux domestiques (8 p.) (*Prat. méd. franç.*, juin 1926).

Les bourreaux domestiques sont des pervers constitutionnels dont la malignité s'exerce électivement sur les seuls membres de la famille,

à l'exclusion de toute autre personne. Dans leur profession, dans leur vie sociale, ces individus sont normaux ; ils sont respectés par leurs voisins, par leurs collègues, par leurs amis ; ils ont une situation qui leur attire une considération souvent méritée par leur travail, par leurs bienfaits même ; ce sont quelquefois des philantbropes. Mais, dans la famille, l'homme à l'égard de sa femme et de ses enfants, ou la femme, à l'égard de son mari et des enfants, se comporte comme un bourreau, qui s'irrite, qui harcèle, qui menace, qui bat, qui tyrannise et terrifie.

Cette perversion du sens moral, strictement localisée à la vie familiale, se manifeste pendant toute la vie du sujet sous la forme d'égoïsme et de malignité, s'exerce sur les membres directs de la famille, mari ou femme, et dans tous les cas les enfants.

Dans certains cas, cette perversion du sentiment familial s'aggrave d'un *appoint alcoolique*. Il est d'observation courante que les alcooliques chroniques présentent souvent des troubles du caractère qui les rendent insupportables à leur entourage et à leurs voisins. Jaloux et tyranniques, ils frappent leur femme et leurs enfants, se disputent avec leurs voisins, sont des fléaux de famille et de maison et, à l'occasion d'excès de boisson, sont capables de violences, voies de fait et même tentatives de meurtre. Mais, quand ces réactions se localisent dans la famille seule et restent strictement domestiques, elles peuvent être l'origine de drames intimes, dans lesquels il est souvent difficile de déterminer les responsabilités.

A cette perversion du sens moral s'ajoutent quelquefois des *prédispositions paranoïaques* qui aggravent encore la situation. La méfiance et l'orgueil, les tendances aux interprétations fausses donnent au syndrome un aspect nettement pathologique qui peut légitimer des mesures médico-légales, telles qu'un internement.

Les bourreaux domestiques qui peuvent être simplement pervers familiaux ou à la fois pervers et paranoïaques, se manifestent comme tels dès leur enfance.

Ce serait une erreur d'expliquer *l'étiologie* de cette perversion élective familiale par la seule psychogénèse d'un caractère acquis. La précocité même des manifestations perverses (Obs. V), l'hérédité similaire (Obs. IV et V), l'hérédité toxique ou infectieuse, souvent hérédo-syphilitique (Obs. III), montrent qu'il s'agit bien d'une constitution morbide, c'est-à-dire de tendances congénitales, dominées par la trilogie des hérédités psychopathique, infectieuse ou toxique. Sans doute, certaines conditions familiales (Obs. II-IV) peuvent réaliser ces tendances ou les aggraver, mais elles ne les créent

pas de toutes pièces. La constitution du terrain est essentielle ; les conditions du développement des tendances ne sont qu'occasionnelles.

La connaissauce du type des « bourreaux domestiques » présente un grand intérêt pour le médecin, surtout pour le psychiâtre et pour le magistrat. Pervers ou paranoïaque, souvent l'un et l'autre, le bourreau domestique détermine de la part de l'entourage, mari, femme ou enfants, des réactions interpsychologiques qui engendrent les *haines familiales,* bien étudiées par MM. Claude et Robin. L'existence d'un bourreau domestique peut expliquer certains drames familiaux qui aboutissent quelquefois au meurtre (Obs. III ;) la méconnaissance de la psychologie du pervers familial rend invraisemblables les conditions dans lesquelles se produisent certains homicides ou suicides, faits divers où s'exercent l'ignorance et l'invention du journaliste ou de l'avocat. Quelquefois, il ne s'agit que d'un divorce (Obs. II) ou de procès à répétition (Obs. IV). Même dans ces cas, où il n'a pas à jouer un rôle direct d'expert, mais où il peut être pourtant consulté, le médecin peut avoir à donner ses conseils. Il n'aura une nette conception des faits que s'il peut reconnaître la nature pathologique de la perversion du bourreau domestique, qui est à l'origine des réactions interpsychologiques des autres membres de la famille. Enfin quelquefois la question de l'internement peut se poser (Obs. IV). Elle est toujours délicate et grave. Il ne faut s'y résoudre que si les troubles de la conduite et le désordre des actes sont manifestes et que si, par ses sévices, le sujet peut être un danger pour l'entourage et surtout pour les enfants (Obs. III et IV). Il faut indiquer longuement dans le certificat les motifs qui ont fait décider l'internement, car il est vraisemblable qu'interné, le bourreau d'hier se fera doux comme un agneau et se présentera comme un martyr de sa famille.

Le *traitement* est difficile à préciser. *Shakespeare,* qui a présenté un type de bourreau domestique dans la « Mégère apprivoisée », affirme qu'un mari décidé et armé d'un fouet peut dresser une femme insupportable. C'est donner à la tyrannie un autre visage et ce n'est pas résoudre le problème que d'en changer les termes. Quand le médecin est consulté, il doit donner un conseil plutôt qu'un traitement. Il doit montrer à l'entourage la nature pathologique des dispositions du sujet, éviter les réactions agressives ou processives de la famille, qui ne font qu'aggraver la situation et la rendent quelquefois menaçante et dramatique. Il peut conseiller l'éloignement d'un enfant ou d'un vieillard menacé. Par sa fermeté, l'intervention du

médecin peut en imposer au pervers familial ; sans espérer améliorer les caractères ou guérir les déséquilibres, le médecin peut quelquefois limiter les réactions novices du bourreau domestique, car celui-ci peut être intimidable et la menace d'un internement ou d'une sanction pénale peut être passagèrement efficace. Enfin, s'il est nécessaire, il faut que le médecin sache prendre ses responsabilités en décidant de l'internement et en conseillant de faire jouer certaines lois protectrices de l'enfance, comme celle de l'extension de la déchéance paternelle. Toutefois, la prise des responsabilités n'exclut pas la prudence et le médecin ne doit prendre de décision que sur les faits qu'il a observés lui-même et non sur ceux que lui rapporte un entourage guidé par l'intérêt ou aveuglé par l'ignorance.

Services libres et internement d'office (4 pages) (*Société de Médecine légale*, 13 juin 1927 et *Pratique Médicale Française*, juin 1927).

Au cours de la discussion provoquée par la communication de MM. Toulouse et Dupouy sur « la mise en observation dans les services de psychiâtrie ouverts », nous avons soutenu la nécessité et la légalité de l'existence de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

Il y a, en faveur de l'Infirmerie spéciale, un argument capital : c'est l'obligation de concilier l'intérêt individuel du malade avec la défense de la société.

Il paraît difficile d'imaginer un autre système que celui qui est actuellement pratiqué : *au service libre, les malades qui consentent à s'y rendre et à s'y soigner, à l'infirmerie spéciale ceux qui, en raison de leurs réactions antisociales et de leur opposition à l'examen, doivent être amenés, malgré eux, à un service d'observation mentale.*

Les psychoses passionnelles (28 pages) (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 mai, 1er juin 1928).

Les psychoses passionnelles sont des maladies mentales qui ont pour base la passion. Nous avons donné de la passion la définition suivante : « une émotion puissante et continue qui domine la raison et

dirige les actes ». Ainsi, à la base des psychoses passionnelles selon la conception de Clérambault, il y a une émotion, un trouble physiologique et nous sommes en présence de psychoses physiologiques.

Nous étudions successivement les psychoses passionnelles sans délire et les psychoses passionnelles avec délire.

A. — Les Psychoses passionnelles avec délire ou délire passionnel.

Nous exposons les délires passionnels selon la conception de Clérambault.

A la base des délires passionnels, tels que de Clérambault les comprend, il y a une conviction erronée, mais forte, à laquelle une émotion puissante a été attachée dès le premier jour. Cette conviction associée à un état émotif constitue la base, le noyau idéo-affectif du délire passionnel.

Dès le début, l'association idéo-affective entre la conviction et l'émotion est indissoluble.

Il y a donc deux éléments essentiels :

1° L'idée directrice décrite par les auteurs classiques sous le nom d'*idée prévalente*.

2° Une exaltation passionnelle, morbide, qui s'accompagne d'une certaine agitation motrice, d'une hypersthénie telle que le malade ressemble quelquefois à un hypomaniaque. L'association de l'idée directive et de l'exaltation passionnelle morbide caractérisera le délire passionnel d'un bout à l'autre de la maladie.

Les délires passionnels sont presque toujours des délires de persécution. Ce sont des délires à mécanisme d'interprétation. Pendant longtemps ils ont été confondus avec les délires d'interprétation. MM. Sérieux et Capgras, les premiers, les isolèrent des délires d'interprétation, C'est à ces délires qu'ils ont donné le nom « de délires à idée prévalente ». Des différences essentielles les séparent, en effet, des délires d'interprétation ordinaires.

L'accroissement des délires d'interprétation est « concentrique » ; il se fait « en rayonnant » par des adjonctions qui viennent de toutes parts.

Dans le délire passionnel, l'évolution est différente. Le but est connu d'emblée. D'un bout à l'autre de l'évolution il ne se modifie pas. Tout ce qui n'intéresse pas directement l'objet du délire est éliminé et n'est pas utilisé.

Les interprétations n'ont pour objet que ce qui préoccupe le malade, que l'objet même de son délire. L'idée directrice et l'émotion qui l'accompagne sont en quelque sorte « polarisées » ; le délire s'agrandit, mais reste dans le même secteur, il a un accroissement non plus concentrique, mais en « *éventail* » (de Clérambault).

Dans tous les délires passionnels, l'évolution, même quand elle est chronique et incurable, ne se fait jamais vers la démence ; l'intelligence reste intacte.

Il n'y a pas de guérison. Quelquefois le thème du délire peut changer, mais la psychose ne guérit pas.

Cette conception du délire passionnel que l'on doit à de Clérambault est devenue classique et est acceptée par la plupart des psychiâtres.

Il y a plusieurs types de délires passionnels :

1° Le délire de quérulence qui comprend les revendications des processifs et des hypocondriaques.

2° L'érotomanie (de Clérambault).

3° Le délire de jalousie.

4° L'idéalisme passionné.

B. — Psychoses passionnelles sans délire.

Dans toutes les formes précédentes, il y a un délire : de revendication, d'amour, de jalousie, d'invention, de mission sociale ; le malade admet comme réelle une idée fausse, l'état pathologique est évident.

Plus complexes sont les cas dans lesquels l'état passionnel s'associe à des préoccupations légitimes liées à un fait réel.

Ces états sont à la limite du normal et du pathologique.

A l'occasion de la présentation d'un malade de MM. Robin et Cénac, j'ai insisté sur l'existence des psychoses passionnelles sans délire qui envahissent toute la personnalité, et qui évoluent sur un fond de déséquilibre constitutionnel pervers ou paranoïaque.

La question a été reprise à la société médico-psychologique, à l'occasion de la présentation d'un malade par MM. Laignel-Lavastine et Delmas, et d'un travail de M. Capgras.

De plus, une série de faits médico-légaux, des discussions entre experts qui ont montré leurs désaccords, ont prouvé que la question des psychoses passionnelles sans délire est extrêmement complexe.

Ce sont des états passionnels purs, c'est-à-dire des émotions

intenses et continues, à base physiologique. La psychose est sans délire, mais elle a à sa base une émotion profonde comme les délires passionnels.

Il n'y a aucune idée délirante. Pourtant il y a encore association entre une idée et une émotion. Il y a un nœud idéo-affectif qui est créé d'emblée. Mais la passion est rattachée à *la représentation d'un fait exact.* Il peut y avoir des interprétations exagérées, des erreurs de jugement, mais ces erreurs sont beaucoup plus la conséquence d'un désordre affectif que d'un trouble du raisonnement.

L'état passionnel est polarisé sur un fait, sur un état de choses réel, dont la représentation incessante est dans l'esprit du malade, à titre de préoccupation constante et légitime, et non à titre de délire.

L'idée fixe du passionnel représente un fait réel ; la préoccupation constante du malade est légitime. Pour lui donner une dénomination nous acceptons volontiers le terme de hantise, qui est employé par de Clérambault dans les délires passionnels.

Dans la psychose passionnelle sans délire, l'*attitude du sujet* est différente de celle qu'on observe dans le délire passionnel.

Dans les psychoses passionnelles sans délire il n'y a pas d'agitation constante. Le malade est normal, il dissimule ses préoccupations, il cache ses décisions ; il montre en toutes circonstances un sang-froid remarquable. Mais l'intelligence et la volonté sont mises en jeu et actionnées par la passion pour atteindre son but coûte que coûte avec violence, si c'est nécessaire, avec sang-froid et reflexion, si une préparation prolongée l'exige.

Les psychoses passionnelles peuvent être à base d'amour, de jalousie, de haine, d'avarice, de passion du jeu.

1° Amour.

L'état passionnel amoureux comporte l'idée de la possession physique. Dans l'érotomanie, il y avait la préoccupation délirante de la possession physique ; dans l'amour, lorsque la possession de deux êtres l'un par l'autre a été réalisée, toutes les réactions sont dominées par la nécessité d'assurer la permanence de cette possession. La préoccupation des amants sera d'assurer et de prolonger, envers et contre tout, la possession réalisée.

Dès qu'un obstacle se dresse qui menace la sécurité et la durée de la possession amoureuse, des réactions se produisent, qui peuvent amener des dénouements variables.

La passion à base sexuelle qui tient sous son empire la personnalité d'un ou de deux individus ne recule devant rien, ni devant la mort d'autrui, ni, paradoxalement, devant la mort des deux amants.

Quelquefois, l'état passionnel amoureux détermine une autre réaction meurtrière non plus homicide mais suicide. Il y a alors un état de dépression qui prend un caractère mélancolique. C'est une mélancolie légitime due à l'obstacle que rencontre la réalisation de la passion. Comme toute mélancolie, elle aboutit à l'idée de suicide.

Dans la pratique, pour le médecin, il y a quelquefois des problèmes délicats à résoudre.

Dans les mesures à prendre à l'égard des passionnels dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, sans même avoir besoin de recourir à l'internement, la menace seule d'appliquer la loi de 1838 est une arme efficace. Les passionnels redoutent d'être considérés comme des aliénés et d'être internés.

2° La jalousie.

L'amour comporte toujours un sentiment de jalousie, de jalousie légitime sans idée délirante. Mais quelquefois, le sentiment de jalousie est au premier plan, il dirige toute l'activité du sujet, il devient la base d'une véritable psychose passionnelle.

Le délire de jalousie est pathologique quand il est fondé sur l'irréalité d'une infidélité et cette interprétation fausse entraîne « l'invorsion de l'évidence », selon l'heureuse expression de Logre.

Il y a deux formes de jalousie passionnelle qui sont spéciales : 1° la jalousie contre la mère, dont la présence est pour la fille « l'autre danger » ; 2° la jalousie contre les enfants, ou la jalousie de l'époux contre les enfants d'un premier mariage.

3° La haine.

La jalousie aboutit quelquefois à la haine, mais la haine peut être aussi primitive. Elle n'est qu'un aspect de l'amour. Les psychanalystes verraient dans amour et haine une forme particulière de l'ambivalence.

C'est un état passionnel, c'est-à-dire un état d'émotion intense et continue, caractérisé, comme les autres états passionnels, par la polarisation de l'affectivité, sa continuité et son irrésistibilité.

Parmi les haineux familiaux, j'ai isolé un type spécial : le bourreau domestique. La connaissance de ce type clinique est très importante dans la pratique. A son degré le plus grave, il atteint la folie morale.

Souvent, l'alcool aggrave les tendances malignes. L'alcoolique est jaloux et volontiers haineux. A la suite d'un excès de boisson, plus facilement qu'un autre, il devient meurtrier.

Ce sont les passionnels haineux qui alimentent la rubrique des « enfants martyrs ».

Dans d'autres cas, la haine prend une forme particulière : haine de la belle-mère contre la bru. Dans ce cas, la psychanalyse donne, avec le complexe d'Œdipe, une explication intéressante.

Quand la haine apparaît contre la belle-fille, elle présente les mêmes caractères que dans les autres états passionnels ; polarisation de l'affectivité, ténacité et hypersthénie.

De plus, il y a disproportion entre le mobile invoqué et la gravité de la vengeance accomplie; cette disproportion montre la nature pathologique de la haine passionnelle de la belle-mère. La haine à ce paroxysme est réellement une maladie.

On rencontre d'ailleurs, chez les passionnels, des antécédents de déséquilibre et des troubles idéo-affectifs.

Dans les crimes d'amour, de jalousie et de haine, il n'y a jamais de récidive : jamais le crime passionnel ne se reproduit. La passion est satisfaite une fois pour toutes.

4° Avarice.

5° Passion du jeu.

Considérations médico-légales. — Les délires passionnels sont nettement pathologiques, parce qu'ils contiennent une idée délirante, une idée fausse acceptée et non reconnue par le sujet.

Mais dans les psychoses passionnelles pures dans lesquelles il n'y a pas d'idée délirante, les psychiâtres ne sont pas tous d'accord pour marquer la limite entre la passion pathologique et la passion physiologique.

Le médecin a souvent l'occasion d'intervenir à un moment quelconque de l'évolution d'une psychose passionnelle : avant ou après le drame qu'elle entraîne.

Avant le drame, on lui demande un conseil autant qu'un traitement. Quand il est mis au courant des circonstances qui font craindre une catastrophe, quand il a pu juger lui-même des réactions du sujet, le médecin doit montrer à l'entourage la nature pathologique des dispositions du sujet. Par sa fermeté, le médecin peut en imposer au passionnel, paranoïaque ou pervers ; sans espérer améliorer les caractères ou guérir les déséquilibres, il peut limiter les réactions nocives. Le sujet peut être intimidable et la menace d'un internement ou d'une sanction pénale peut être passagèrement efficace.

Quand la catastrophe est arrivée, le médecin intervient comme expert.

La question qui se pose est de savoir si l'accusé peut bénéficier de l'article 64 du Code pénal parce qu'il a obéi à une force à laquelle il n'a pu résister.

Le psychiâtre ne peut pas toujours marquer la limite entre la passion normale et la passion pathologique.

Certains auteurs (Delmas) considèrent comme des malades tous les passionnels parce qu'ils sont déséquilibrés : émotifs ou paranoïaques.

Théoriquement, Delmas a raison. Si l'on pouvait interner indéfiniment tous les passionnels qui sont une cause de trouble pour l'ordre public et de danger pour la sécurité des personnes, la question serait résolue.

Mais il n'en est pas ainsi.

Au point de vue du *pronostic*, on doit distinguer les états passionnels à idées délirantes, et les états passionnels purs.

Les délirants passionnels ont une tendance à la récidive, qu'il s'agisse de revendicateurs, de délirants jaloux, d'érotomanes ou d'idéalistes passionnés. Ce sont des malades qui doivent être internés et la durée de leur internement doit être indéfinie.

Or, même pour ceux-là, au bout de quelque temps d'internement, il n'est pas toujours facile de mettre en évidence le délire. Ces malades n'ont aucun affaiblissement intellectuel. Ils deviennent très réticents et dissimulés. Pendant de longs mois d'observation, ils se comportent à l'asile comme des individus normaux ; ils affirment avec une apparente sincérité ne plus croire aux idées fausses qui ont légitimé leur internement; avec une apparente bonne foi, ils réclament leur sortie. Souvent, le médecin finit par proposer la sortie et celle-ci est accordée. Dès qu'il est sorti de l'asile, le délirant passionnel recommence immédiatement à manifester son idée délirante de revendication, de jalousie ou d'érotomanie.

La solution est encore plus difficile à trouver pour les passionnels purs. Ceux-ci sont les vrais criminels d'occasion. Leur passion satisfaite, amour, jalousie ou haine, ils ne récidivent pas; mais ils ne sont pas sensibles à la crainte de la punition. Les véritables crimes passionnels sont commis sans souci des conséquences ; la punition n'a pas la force d'un exemple.

Toutefois il est contraire au bon sens qu'on acquitte purement et simplement un passionnel qui a tué.

Il faut faire la part des pseudo-passionnels qui peuvent mettre sur le compte d'un état pathologique irrésistible et explosif un crime prémédité et commis de sang-froid. Pour satisfaire la défense sociale, il est impossible de considérer comme des malades tous les passionnels.

Dans les conditions actuelles de la jurisprudence et de la répression, les conclusions logiques du médecin expert ne pourraient être

appliquées, faute d'établissement pénitentiaire qui puisse convenir à chacune d'elles. L'obligation de choisir simplement entre la prison et l'asile d'aliénés, sans établissement intermédiaire, oblige à des décisions imparfaites.

Médicalement tous les passionnels sont des malades. Tous devraient être soignés plutôt que punis. Mais M. Capgras fait justement remarquer que l'expert doit se soumettre aux lois de son époque. Malgré l'identité des psychoses, les criminels politiques, les bourreaux domestiques, les jaloux meurtriers subissent leur peine, parce que « le cri de la foule anéantirait la voix de l'aliéniste ».

Le jour où les inculpés pourront être examinés dans des services spéciaux d'observation mentale, comme en Belgique et en Italie, et où il sera possible de mettre dans des *asiles-prisons* les déséquilibrés de l'émotion et de l'affectivité qui, en liberté, sont un danger public, l'expert pourra émettre un avis dans lequel la rigueur de son diagnostic médical ne compromettra pas la défense sociale. Ce n'est pas le crime qu'il est nécessaire d'étudier, mais le criminel.

Il faut donc que le médecin expert donne un avis conforme aux nécessités de son époque. Tout crime de sang appelle la punition et même une punition forte, car si la punition n'arrête pas certains passionnels emportés par le torrent de leur émotion déchaînée, on peut admettre pourtant qu'il y a des degrés dans l'émotion. A la volonté défaillante et qui court le risque d'être soumise à la tyrannie de la passion, il faut donner le soutien d'une crainte légitime fondée sur la menace d'une punition grave.

Il y a des cas-limites très difficiles à apprécier. Il y a une série de nuances qui vont du normal au pathologique et qui expliquent les contradictions des experts dans les mêmes circonstances. Les uns peuvent être davantage préoccupés de rechercher le malade chez le criminel, et les autres peuvent s'attacher surtout à la défense sociale.

En règle générale, dans l'expertise médico-légale, c'est la défense sociale qu'il faut considérer, quels que soient les cas d'espèce, variables et discutables. Toutefois, il n'est pas toujours évident que la défense sociale soit davantage assurée par des mesures répressives que par l'intervention préventive du médecin et des mesures thérapeutiques.

Les voies d'entrée dans la démence précoce (52 pages), en collaboration avec Mlle Badonnel et M. Bouyssou (*Annales médico-psychologiques*, janvier, février, mars 1929).

Introduction. — Aux conceptions de Morel, Kahlbaum, Hecker, Kraepelin sur la démence précoce, Bleuler a substitué la notion de schizophrénie dont les symptômes essentiels sont : la dissociation mentale, l'autisme et l'ambivalence.

La conception de Bleuler est dérivée directement de la psychanalyse; les élèves de Bleuler et la plupart des auteurs qui ont adopté la notion de schizophrénie sont allés plus loin que lui dans la voie psychanalytique qui fait du trouble affectif la base essentielle de la démence précoce.

La schizophrénie est devenue une maladie mentale énigmatique, intermédiaire entre les psychonévroses et psychoses organiques graves. Sa symptomatologie est protéïforme sans signes cliniques bien établis ; son étiologie et sa pathogénie sont strictement psychologiques. Seule la psychanalyse permet de comprendre la valeur et l'origine des symptômes, d'approcher le malade réfugié dans son autisme et inabordable ou incompréhensible par tout autre moyen.

Une telle conception d'une maladie répugne à nos habitudes médicales. Même en psychiâtrie, ce n'est pas en psychologue que nous avons l'habitude d'aborder les malades, mais en médecin pour faire le diagnostic, chercher une lésion et proposer un traitement.

En toute maladie, la méthode qui a donné des résultats pratiques et probants a été anatomo-clinique. Dans les maladies viscérales, comme dans les maladies mentales, la méthode anatomo-clinique se sert de tous les renseignements et de tous les avantages fournis par la physiologie et les sciences accessoires, même la psychologie expérimentale. Mais ce n'est pas une technique spécialisée comme cette chimie de l'inconscient qu'est la psychanalyse, qui peut faire le diagnostic d'une affection et nous renseigner sur ces causes.

Les maladies mentales ont les mêmes causes que les maladies générales. Le siège des lésions est différent, mais le déterminisme est le même. Cette loi pathogénique, jusqu'à présent, a permis de faire des progrès en psychiâtrie comme en neurologie et en médecine générale. Nous pensons qu'il doit en être de même quand il s'agit d'étudier une maladie mentale comme la démence précoce.

La dissociation de la personnalité est contenue toute entière dans la notion de discordance que l'on doit à Chaslin. La discordance nous paraît le syndrome essentiel et caractéristique de la schizophré-

nie ; elle s'applique aux trois aspects de la personnalité : l'intelligence, l'affectivité et l'activité, non seulement dans leurs rapports l'un avec l'autre mais encore dans les éléments mêmes qui constituent chacun de ces termes.

Sans étudier les formes cliniques proprement dites et sans rappeler les lésions qui ont été décrites et qui ne sont point admises par tous les auteurs, nous voulons seulement exposer le mode d'expression des premiers signes de la démence précoce.

En étudiant les voies d'entrée dans la démence précoce, nous pensons peut-être apporter quelque clarté sur l'étiologie de la maladie, sur son origine organique ou psychologique.

C'est ainsi que nous avons classé nos observations de début de la démence précoce en 5 catégories :

1° Démence précoce survenant chez des individus présentant des tares constitutionnelles physiques ou mentales ;

2° Démence précoce apparaissant après un épisode confusionnel d'apparence toxi-infectieuse ;

3° Démence précoce évoluant après des symptômes de perversion morale ;

4° Démence précoce débutant par un syndrome d'automatisme mental ;

5° Démence précoce survenant chez des individus intelligents exempts de tares héréditaires ou acquises.

Groupe I.

On trouve dans les antécédents des parents des prédispositions héréditaires au déséquilibre ou bien une maladie infectieuse et très souvent la syphilis.

Chez l'enfant, au cours de son premier développement, on observe un retard psycho-moteur dans l'apparition de la parole, de la marche, de la propreté. Très souvent, l'enfant présente un certain degré de débilité intellectuelle qui se manifeste par un retard pédagogique et par l'incapacité d'apprendre un métier. Très souvent, la débilité motrice est associée à ce syndrome ; l'énurésie peut persister très longtemps, les réflexes restent vifs, il y a de la paratonie musculaire et de la maladresse. En somme, l'enfant est considéré comme un débile. Mais vers l'âge de 13 ou 14 ans, ou plus tard, il devient indifférent à son milieu. Il reste dans un coin sans s'occuper, son inactivité devient totale, il est inerte. Il est rare que dans cette forme on

constate du délire, quelquefois, le malade fait des fugues, mais, en général, c'est une forme de démence précoce simple.

Dans quelques cas, on trouve chez des déments précoces une hérédité spécifique certaine. Une de nos observations concerne un jeune homme qui était très suspect de démence précoce et dont le Wassermann du sang était positif. Il bénéficia d'une façon remarquable du traitement spécifique.

Groupe II.

L'entrée dans la démence précoce peut se faire d'une façon brutale, d'emblée chez un individu jusqu'alors en bonne santé, à la suite d'un épisode toxi-infectieux, fébrile, confusionnel, souvent onirique et qui dure quelques jours.

Les phénomènes d'allure aiguë disparaissent, mais laissent après eux, un état hébéphrénique avec ses signes habituels mais sans confusion.

Groupe III.

L'entrée dans la démence précoce se fait par des troubles du caractère à forme de perversions et d'incapacité de se plier à la vie familiale ou sociale.

Cette voie d'entrée est importante à connaître en raison des difficultés médico-légales qu'elle peut soulever.

La psychose peut déterminer à son début des troubles moraux de même aspect que ceux des perversions instinctives.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les perversions instinctives, et les perversions post-encéphalitiques.

Groupe IV.

L'entrée se fait par l'éclosion d'un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations, prise de la pensée, idées d'influence et de persécution mal systématisées.

Il est à remarquer que les idées de persécution sont très rares, on rencontre surtout des idées délirantes d'influence.

Le syndrome d'automatisme mental dans la démence précoce est identique à celui de la psychose hallucinatoire chronique, mais les

idées délirantes sont différentes : l'idée d'influence est la réaction délirante la plus fréquente, l'explication la plus simple, la plus facile fournie par l'intelligence encore valide contre les phénomènes envahisseurs. Elle n'est même qu'une simple constatation de ces phénomènes. Au début du moins, il n'y a aucune idée de persécution.

Chez l'enfant ou chez l'adolescent, la personnalité sociale est moins affirmée que chez l'adulte, les rapports avec le milieu extérieur sont moins étroitement établis.

Chez l'adulte, les habitudes sociales, les droits de l'individu, les prérogatives légales donnent matière à un délire de persécution plus ou moins systématisé.

Comme il est normal, chez l'adolescent et chez l'enfant, ce sont les idées délirantes imaginatives qui l'emportent. Dans la démence précoce, la libération du mécanisme imaginatif se fait automatiquement et les idées de grandeur, dogmatiques et absurdes, dominent le délire.

La discordance intellectuelle, l'affaiblissement de l'affectivité donnent au délire imaginatif du dément précoce une allure incohérente ou absurde. Le délire prend un aspect extravagant dès le début de la démence précoce, tandis que dans la psychose hallucinatoire chronique, l'aspect imaginatif et absurde du délire est le terme ultime et tardif. L'atteinte du psychisme est plus complète et plus grave dans la psychose hallucinatoire chronique. De Clérambault a montré que dans celle-ci le travail de désagrégation est lent et subtil, l'emprise sur la personnalité est moins précoce et moins massive.

Dans la démence précoce, les idées délirantes de nature imaginative sur des thèmes de grandeur et de transformation sont mobiles dans leur apparition, variables dans leur contenu et polymorphes dans leur évolution. Elles sont la marque d'une atteinte profonde et diffuse et d'une déchéance rapide du psychisme.

Nous signalons dans ce même groupe nosologique les malades chez qui l'on trouve au début de l'hébéphrénie, un trouble particulier que l'on peut considérer comme appartenant à l'automatisme mental : le mentisme.

Groupe V.

Dans cette forme, la démence précoce évolue chez des individus apparemment indemnes de toute tare et de développement intellectuel normal. Elle apparaît à l'adolescence avec les symptômes de désadaptation au milieu, d'indifférence, de bizarreries discordantes

et avec une certaine conscience de l'état morbide. Elle prend le type de schizophrénie.

On a trop tendance aujourd'hui à détacher ce groupe de malades des autres déments précoces. A bien des égards, ils peuvent être considérés comme des espèces d'un même genre. Les efforts qu'on a pu faire pour les isoler en un groupe autonome n'ont valu que dans le domaine psycho-pathologique et, à notre sens, on a trop négligé dans ce travail d'émancipation les liens organiques qui l'apparentent aux malades des autres catégories. Il semble que les schizophrènes soient plus épargnés par les tares dégénératives héréditaires. Ce n'est souvent qu'une apparence. Car en fouillant soigneusement dans les antécédents familiaux, il est rare de ne pas trouver chez les générateurs au premier ou au second degré, une tuberculose, une syphilis, une psychopathie, qui, sans donner la clé du problème étiologique, affirme un terrain morbide, auquel il est difficile de ne pas accorder une influence, sans préjuger de l'action de cette dernière.

De plus ces malades évoluent souvent comme les précédents vers la démence précoce catatonique.

Conclusion. — Cette étude clinique des voies d'entrée dans la démence précoce permet de les classer en 2 groupes principaux :
1° celles dans lesquelles la démence précoce apparaît sur un terrain dégénératif parmi des symptômes de dégénérescence mentale et somatique héréditaire ;

2° celles dans lesquelles la démence précoce évolue comme une maladie infectieuse, quelquefois aiguë et massive à type confusionnel, quelquefois subaiguë ou lente à forme de troubles du caractère ou d'automatisme mental sur un fond de discordance intellectuelle, affective et pragmatique.

Le mentisme (35 pages), en collaboration avec M. Lamache (*Encéphale*, juin 1929).

Le mentisme a été décrit dans ses divers éléments, mais de façon éparse, par Dumont de Monteux, médecin des prisons du Mont Saint-Michel. C'est un syndrome qui n'a pas acquis, en psychiâtrie, l'importance qu'il mérite.

Les études de M. Janet, de M. Chaslin, ont contribué à le faire connaître, mais ces auteurs ont restreint ce syndrome au domaine de la psychasthénie, et ont diminué sa valeur nosologique. Manifestation psychique anormale, très fréquente, rencontrée au cours d'états disparates, le mentisme mérite une étude spéciale.

Nous proposons du mentisme la *définition* suivante : « Représentation mentale vive, involontaire, pénible, et dont le sujet a conscience de la nature morbide. »

Symptômes. — La représentation mentale vive peut être auditive, c'est le cas le plus fréquent. C'est une phrase, un air de musique, une série de mots ou de phrases qui reviennent sans cesse à l'esprit. Elle peut être visuelle : ce sont des images floues, peu mobiles, qui apparaissent et reparaissent mais qui gardent une valeur subjective. Elle est plus rarement idéative et se présente sous forme de souvenirs, de projets, de préoccupations mentales. Au cours d'une même crise, la représentation peut être à la fois auditive, visuelle et idéative.

Beaucoup plus importants que la forme sous laquelle se présentent les différents thèmes, sont certains caractères précis qui ne manquent jamais au mentisme : *thème limité, ressassement, automatisme* et *anxiété*.

Dans le mentisme, l'activité imaginative est prisonnière ; elle n'est pas maîtresse de l'évocation. Toute recherche, toute variété lui sont interdites. Le thème est toujours pauvre, limité et ne va pas au delà de l'assemblage stéréotypé de quelques phrases, de quelques images, de quelques pensées ou de quelques souvenirs. Il peut même n'y avoir qu'un mot, qu'une image.

Un autre signe capital du mentisme est le ressassement ; c'est un rabâchage perpétuel des mêmes représentations. Celles-ci passent et repassent dans l'esprit sans addition d'un élément nouveau.

Ce ressassement se présente souvent sous la forme d'une scie de répétition indéfinie, non modifiable, d'un même mot, d'un même air sur le même rythme.

Le déclenchement est automatique, indépendant de la volonté du sujet. Celui-ci est impuissant, il ne peut modifier le cours de ses pensées.

Cette répétition mécanique dont le sujet ne peut se débarrasser détermine une sorte d'agacement, d'énervement, quelquefois une véritable inquiétude, et, quand le mentisme se prolonge pendant une partie de la nuit, une anxiété plus ou moins intense.

Étiologie. — Chez le sujet normal, le mentisme n'existe qu'à l'occasion d'une intoxication fortuite et d'un état de fatigue sans qu'on puisse dire d'ailleurs qu'il se reproduira toujours sous la même forme dans les mêmes conditions. Au cours d'une intoxication identique, il peut ne pas se reproduire ou prendre une forme tout à fait différente, par exemple d'auditif devenir visuel ou idéatif; mais quelle que soit sa forme, il se produira toujours avec les caractères que nous avons indiqués.

Dans un certain nombre de cas, le mentisme est dû à une intoxication exogène par les vins généreux, le tabac, le café, l'opium et ses dérivés. C'est en quelque sorte l'apanage des toxiques de luxe. Les formes les plus riches du mentisme se rencontrent au cours de la « pointe d'opium » bien décrite par Dupouy. Une intoxication massive, brutale, ne s'accompagne pas de mentisme. Celui-ci réclame une intoxication discrète, ne dépassant jamais les premiers stades de la griserie.

Dans le groupe des psycho-névroses, le mentisme est relativement rare. Nous l'avons peu rencontré chez les obsédés. Il existe dans la mélancolie de façon épisodique. Il a paru d'une façon très fugace immédiatement avant le déclenchement d'une crise émotive.

De toutes les affections psychiâtriques, il n'en est pas où le mentisme soit plus fréquent que dans la *démence précoce*.

Il est un symptôme de début et chez de tels malades il a parfois une richesse, une variété qui donnent le change et le font étiqueter « rêverie ». Que l'on y regarde de plus près, on verra combien est étroit et fixe le cadre dans lequel se meuvent les représentations mentales. Leur caractère automatique apparaîtra et l'on pourra vite constater qu'il s'agit d'une rêverie forcée, se présentant toute faite au sujet, et ne lui laissant pas le loisir de s'en évader.

A la phase plus avancée de la maladie, c'est avec le syndrome d'automatisme mental de de Clérambault, dont il est un des éléments, que se manifeste le mentisme.

Évolution. — Le mentisme se présente souvent sous la forme d'une bouffée à début brusque, presque explosif, apparaissant aux premières heures de la nuit, s'accompagnant d'insomnie totale et pouvant durer plusieurs heures. Cette évolution est habituelle lors d'une intoxication légère chez des sujets fatigués.

Il en est autrement lorsque le mentisme apparaît au cours de psychonévroses ou de maladies mentales, telles que la démence précoce.

Alors le mentisme a une évolution plus continue, il est plus stable, plus durable. Mais c'est toujours le soir, ou au cours de la nuit qu'il atteint son maximum d'intensité.

Diagnostic. — Les caractères précis que nous avons attribués au mentisme permettent de le diagnostiquer aisément. Il faut le différencier du simple état de préoccupation où le sujet choisit son thème de ressassement et peut y apporter une diversion. C'est seulement lorsque la préoccupation a causé de la fatigue et de l'insomnie que peut paraître secondairement un état de mentisme.

A première vue, la fuite des idées du maniaque et le défilé des représentations du mentisme paraissent avoir beaucoup de ressemblance : ce sont pourtant des états très différents. Chez le maniaque, les idées se succèdent avec un mouvement kaléidoscopique ; elles changent d'un instant à l'autre ; elles s'accompagnent d'euphorie, d'optimisme, d'un sentiment de vigueur intellectuelle. Au cours de l'accès de mentisme, le sujet est agacé, inquiet, emprisonné dans un cercle de représentations mentales peu variées.

La rêverie toxique au premier stade de l'intoxication peut rappeler le mentisme par la netteté de la représentation mentale, les associations et les évocations de souvenirs lointains. Mais elle s'en sépare par le sentiment agréable qui l'accompagne, la liberté d'allure qui lui est propre, le choix apparemment volontaire des matériaux qui se présentent spontanément.

La rêverie du sujet normal et le mentisme n'ont rien de commun. La rêverie est un délassement : le rêveur choisit son thème de rêverie ; il est libre de le provoquer ou de l'arrêter quand il lui plait.

Ce sont les mêmes caractéristiques que l'on retrouve dans la méditation scientifique où le thème est limité à quelques éléments, mais le sujet mène ces éléments à sa guise en modifiant leur ordre et en éprouvant un sentiment de joie créatrice.

Nous ne nous arrêterons pas à différencier le mentisme de l'hallucination auditive ou visuelle. Par contre, hallucination psychique et mentisme méritent d'être comparés. Il est parfois difficile de différencier ces deux états.

Entre mentisme et hallucination psychique il n'y a que des différences de degré et non de nature : ce sont manifestations analogues de l'automatisme mental.

Les pseudo-hallucinations de Kandinsky, les hallucinations aperceptives de Kahlbaum, les auto-représentations aperceptives de Petit, les pseudo-hallucinations de Hagen se distinguent du mentisme parce

que le sujet les considère comme des réalités étrangères à sa personnalité ; il n'en reconnaît pas la nature morbide.

Le diagnostic du mentisme avec l'obsession est aussi quelquefois difficile. L'obsession est circonscrite et localisée, elle est durable et tenace, impérieuse et irrésistible, parasitaire et discordante, elle est consciente et elle s'accompagne toujours d'anxiété : anxiété vague, pantophobique et banale de la constitution anxieuse et une anxiété précise qui se refère au thème même de l'obsession (Devaux et Logre).

Il y a donc là des éléments qui ressemblent beaucoup à ceux du mentisme. Mais le caractère essentiel du mentisme est d'être une représentation mentale vive et d'avoir un caractère imaginatif, irréel. Le thème est créé de toutes pièces par le sujet ou il reproduit un souvenir récent ou ancien. L'idée obsédante a une objectivité précise. L'obsession tend toujours à se réaliser, elle a une valeur concrète et elle n'est pas seulement une représentation imaginative. Toutefois, le diagnostic peut être difficile.

La notion du mentisme, syndrome apparaissant au cours d'affections très diverses, indépendamment de tout état confusionnel, comporte quelques *applications pratiques*.

En présence d'un accès de mentisme, il faudra toujours penser à une intoxication et en rechercher les signes : l'abus de café semble, avec une fréquence particulière, être la cause de cette « effervescence intellectuelle ».

Chez les sujets jeunes, la répétition du mentisme, si elle va de pair avec certaines distractions, avec une affectivité émoussée, avec un relâchement de l'activité, doit faire penser à un état de discordance intellectuelle au début.

Quelle que soit l'étiologie, le *traitement* symptomatique d'ordre hypotoxique, sédatif et hypnotique, doit être mis en œuvre pour faire cesser les crises de mentisme. Il faut se défier des préparations à base d'opium, qui peuvent, par elles-mêmes, déclencher le mentisme.

TOXICOMANIES

Caféisme subaigu (6 pages), en collaboration avec M. Borel (*Société Clinique de Médecine mentale*, 20 juin 1922).

Il est rare de pouvoir apprécier la valeur toxique du café au point de vue clinique, car il y a presque toujours association de caféisme et d'alcoolisme.

Dans trois observations, nous avons pu apprécier l'action isolée de la prise quotidienne et excessive de café chez des femmes qui présentaient un état anxieux particulièrement grave, entraînant de l'insomnie, et de l'inappétence ; secondairement est apparu de l'onirisme à caractère pénible ou terrifiant, avec un désordre des actes qui nécessita l'internement.

Nous rapportons à ce sujet le résultat des expériences de Meïers, de Zurich, qui mesura l'action toxique de la caféine sur le système nerveux. Après un coup de fouet immédiat, la fatigabilité apparaît très rapidement, avec des signes de fatigue plus marqués et plus rapides dans les cafés caféinés que dans les cafés sans caféine.

Sur la vente sans ordonnance d'elixir parégorique chez les pharmaciens (3 pages) (*Société de Médecine Légale*, mai 1928).

Les morphinomanes tournent avec facilité la Loi du 12 juillet 1916 en se procurant des substances contenant de l'opium et qui ne sont pas contenues dans le Tableau B. Parmi ces substances, la codéine et le landanum sont contenues dans le Tableau A et le renouvellement de l'ordonnance est interdit si le médecin n'a pas mentionné : « à renouveler ». Mais l'elixir parégorique n'est contenu ni dans le Tableau A, ni dans le Tableau B et les pharmaciens le délivrent couramment sans ordonnance médicale. Même, pour satisfaire l'appétit des toxicomanes, un certain nombre de pharmaciens vendent

couramment des flacons tout préparés contenant 250 grammes d'elixir parégorique.

Certains toxicomanes arrivent à boire un litre d'elixir parégorique par jour. Or, 250 grammes d'elixir parégorique correspondent à 1gr,25 de poudre d'opium et 12cgr,5 de morphine. De plus l'elixir parégorique contient aussi de l'essence d'anis et de l'alcool en grande quantité, ce qui explique la forme très particulière de l'intoxication subaigoë par l'elixir parégorique : mélange d'euphorie opiacée, d'état confusionnel alcoolique et de réactions impulsives clastiques et violentes dues à l'essence d'anis analogue à l'absinthe.

C'est pourquoi nous avons proposé à la Société de Médecine Légale de formuler le vœu que l'elixir parégorique soit contenu parmi les substances du Tableau A dont le renouvellement est interdit, si le médecin n'a pas mentionné « à renouveler » et que la dose à délivrer n'excède pas la quantité de 30 grammes, fixée habituellement par la Posologie comme dose maxima de l'adulte.

Toxicomanie au somnifène (4 pages), en collaboration avec M. Le Guillant (*Société de Psychiatrie*, 21 mars 1929).

Cette observation est la première d'une série de faits cliniques témoignant de troubles psychiques particuliers, pouvant être provoqués par les dérivés barbituriques. Il s'agit d'une intoxication chronique par le Somnifène dont le mode d'action et les conséquences méritent d'être signalés.

Pris à doses fortes et à l'heure habituelle du sommeil, le Somnifène a un effet sédatif et hypnotique bien connu.

Pris dans la journée et à petites doses, il procure un état de bien-être et d'excitation euphorique recherché par le malade. Pour un usage semblable et habituel du Somnifène ou d'un autre dérivé barbiturique, on peut parler de toxicomanie. De plus, cette toxicomanie détermine des troubles du caractère très intenses et très graves, peut-être plus marqués que dans toutes les autres toxicomanies. Ils acquièrent une grande importance au point de vue médico-légal.

Enfin, au point de vue thérapeutique, il faut avoir présent à l'esprit la notion des phénomènes oniriques tardifs lors du sevrage.

Le barbiturisme chronique (4 pages), en collaboration avec M. Le Guillan (*Société de Médecine Légale*, mai 1929).

On connaît les intoxications aiguës et subaiguës produites par les barbituriques, ou dérivées de la malonylurée (Caussade et Tardieu).

Nous rapportons trois observations dans lesquelles l'intoxication chronique par les barbituriques peut être considérée comme une véritable toxicomanie. Dans un cas, il s'agit d'une toxicomanie d'origine thérapeutique; — dans les deux autres, de toxicomanies de remplacement provoquées chez des malades que l'on sevrait de morphine ou de cocaïne.

Dans les trois cas, la prise des barbituriques détermina la production de troubles du caractère : subexcitation, irritabilité, impulsivité, violences, malignité à l'égard de l'entourage. Ces troubles du caractère rendaient la vie familiale impossible. Dans deux observations, ils ont eu des conséquences médico-légales graves, nécessitant l'intervention du Commissaire de Police et se terminant une fois par un internement d'office.

Ces observations constituent les premières publications sur une nouvelle forme de toxicomanie contre laquelle actuellement il n'y a aucun moyen d'action, puisque les malades peuvent se procurer les barbituriques sans ordonnance chez les pharmaciens.

EUGÉNIQUE

Conditions de santé à envisager au point de vue du mariage dans les maladies mentales et nerveuses et les intoxications (8 pages) (*Conférence à la Société d'Eugénique*, 7 mai 1926 et *Bulletin Médical*, juin 1928).

Les conditions de santé à envisager au point de vue du mariage dans les maladies mentales et nerveuses et dans les intoxications sont difficiles à fixer, car nous avons encore peu de précisions scienti-

fiquement démontrées concernant l'hérédité des maladies nerveuses et mentales.

Pourtant quelques résultats sont acquis :

1° Beaucoup de maladies nerveuses et mentales (paralysie générale, tabes, épilepsie, etc.), ont, comme les autres maladies organiques, une origine infectieuse ou toxique. C'est celle-ci qu'il faut rechercher; c'est la notion de la syphilis, de la tuberculose, de l'alcoolisme dans les antécédents familiaux qui permettra le plus souvent de fixer les conditions réclamées;

2° La plupart des maladies nerveuses à hérédité similaire sont des maladies familiales qui ne permettent pas le mariage;

3° Certaines maladies mentales à hérédité similaire (psychose maniaque dépressive, états schizoïdes, dispositions paranoïaques) ne permettent pas de prendre des décisions qui s'appliquent à tous les cas; il faut étudier chaque espèce et prévenir les intéressés des risques qu'ils courent pour eux et les enfants.

Mais dans les perversions instinctives, origine de la délinquance et de la criminalité, il ne peut y avoir aucun doute sur la nécessité d'interdire le mariage;

4° Dans l'intoxication alcoolique et les états toxicomaniaques, il ne faudra permettre le mariage que si le sujet a fait, pendant un temps suffisant, la preuve de la guérison de ses habitudes d'intoxication.

L'hérédité précessive (2 pages), en collaboration avec M. Logre (*Bulletin Médical*, 27 février 1929).

Il est classique d'admettre qu'en vertu de l'hérédité, les descendants ont tendance à reproduire les caractères organiques et psychiques propres à leurs générateurs; on peut ainsi, dans beaucoup de cas, préjuger de l'état morbide d'une personne déterminée en se reportant aux troubles présentés par ses parents. On conclut ainsi des ancêtres aux descendants.

Il existe cependant un nombre de cas, qui n'est pas très restreint, dans lequel l'hérédité, se manifestant sur la personne des enfants, devance les troubles analogues qui n'ont pas encore été constatés chez les parents, mais le seront *ultérieurement*. On voit ainsi, par exemple, un jeune homme présenter une crise de dépression mélancolique, dont on ne croit trouver aucune explication dans l'hérédité,

par la recherche des antécédents, aussi bien dans la lignée paternelle que maternelle. Puis, quelque temps ou même longtemps plus tard, l'un des parents devient lui-même mélancolique, prouvant ainsi qu'il existait cependant une hérédité. Mais les manifestations de la tare héréditaire se sont produites chez l'enfant avant l'apparition de troubles similaires chez ses ascendants. C'est ce cas très particulier, souvent très intéressant dans la pratique, et qui n'a pas fait, à notre connaissance, l'objet d'une étude particulière, que nous envisageons.

On peut voir, d'après nos observations, tout l'intérêt que peut présenter, en psychiâtrie, la forme particulière d'hérédité que nous proposons de dénommer hérédité *précessive*.

Il faut retenir d'abord cette donnée de fait que, pour connaître les possibilités morbides d'un individu, il faut non seulement rechercher les antécédents de ses ascendants, mais aussi *ceux de ses descendants*.

On doit redouter, et de façon toute particulière, chez l'ascendant, des réactions suicide du *même mode* que celles dont on a déjà pu constater l'existence chez le descendant.

La précession des troubles, chez l'enfant, semble indiquer un état morbide plus marqué, une tendance plus active à la production des crises, puisque celles-ci éclatent plutôt. D'ailleurs, dans trois de nos observations, les crises ont été plus fréquentes chez les descendants que chez les ascendants et il y a là une application de la loi bien connue de la dégénérescence mentale progressive, affirmée par Morel.

Nos cas ne portent que sur des observations de psychose maniaque dépressive. Il serait intéressant de rechercher si on ne peut pas rencontrer cette hérédité précessive dans d'autres formes de psychopathie. Il y a là un champ assez vaste ouvert aux investigations étiologiques en neuro-psychiâtrie et même en pathologie générale.

IV. — NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Observations cliniques sur les convulsions essentielles de l'enfance (12 pages). En collaboration avec M. Longchamp (*Archives de Médecine des Enfants*, 6 juin 1926 et *Thèse* Longchamp, Paris, 1926).

Nous plaçant, sans parti pris, à un point de vue anatomoclinique, nous rapportons nos constatations, d'une façon objective, sans en tirer des conclusions excessives et sans faire de théories ni d'hypothèses.

Notre travail est fondé sur plusieurs centaines d'observations dont nous n'avons retenu que 71 pour lesquelles il nous a été possible de nous entourer de tous les renseignements étiologiques et biologiques dans l'examen des enfants et des parents.

Symptomatologie.

Trois symptômes nous paraissent fondamentaux et caractérisent les convulsions : 1° La brusquerie du début ; 2° La perte de la conscience ; 3° Les troubles moteurs.

La *perte de la conscience* nous paraît le symptôme capital, celui qui permet d'affirmer le diagnostic et d'identifier la convulsion infantile et la crise épileptique.

Chez l'enfant, on met en évidence l'inconscience au cours de la crise convulsive par deux signes : la *fixité du regard* et l'*insensibilité*.

Le *syndrome moteur* est très variable.

On peut observer trois modalités symptomatiques : tonique, clonico-tonique et clonique.

Les *crises toniques* nous ont paru les plus fréquentes.

Ce ne sont pas les seuls symptômes. Il en existe d'autres plus

inconstants : *respiratoires, vaso-moteurs, sécrétoires, circulatoires, pupillaires, sphinctériens, l'obtusion post-paroxystique,* symptôme très important qui suit la crise et va du sommeil lourd à l'hébétude et quelquefois à un véritable petit état confusionnel, chez l'enfant qui a dépassé la deuxième année. C'est un caractère qui permet encore de rapprocher la convulsion de l'enfant de la crise épileptique de l'adulte.

Parmi tous les symptômes que nous rapportons, nous insistons sur le plus important d'entre eux : la perte de la conscience.

Dans l'interrogatoire, il ne faut tenir comme faits légitimes de convulsions essentielles que ceux où les parents pourront affirmer la suspension de la conscience

Évolution. — Elle est variable. Les convulsions uniques sont moins rares que ne l'indiquent les classiques. Or les convulsions uniques peuvent être suivies de séquelles nerveuses.

Étiologie. — Nous insistons seulement sur quelques points particuliers.

1° *Il y a identité entre les convulsions de l'enfance et l'épilepsie* de l'adulte et que *les causes de celle-ci peuvent aussi déterminer celles-là.*

2° *Il n'y a pas de différence entre les convulsions dites symptomatiques et les convulsions dites essentielles.*

Les convulsions symptomatiques s'observent dans toutes les affections aiguës ou chroniques du névraxe : hémorragie méningée d'origine obstétricale, méningite aiguë, pachyméningite hémorragique, tumeurs cérébrales, encéphalopathies aiguës, etc. On dit qu'il y a convulsions symptomatiques quand il est aisé de mettre en évidence cliniquement ou anatomiquement la lésion nerveuse. En étiquette convulsions essentielles la crise convulsive au cours de laquelle on n'a pas pu vérifier la lésion nerveuse. Cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas.

Très souvent la lésion nerveuse se traduit par un minimum de signes neurologiques. Aussi est-il indispensable de compléter l'examen clinique par la ponction lombaire, qui peut mettre sur la voie de la lésion anatomique, en tout cas permet d'affirmer le caractère organique et quelquefois de préciser la cause.

Même en présence d'une ponction lombaire négative, est-on autorisé à nier la lésion organique ? Certainement non. Il nous paraît inutile d'insister sur ce point. Même l'absence de lésions nerveuses spécifiques à l'examen anatomique et histologique chez des enfants morts de convulsions n'infirme pas l'existence d'une atteinte neurologique.

D'abord les vérifications histologiques sont très rares. De plus, nos moyens d'investigation sont encore imparfaits.

Enfin et surtout nous avons de par la clinique seule la preuve que les convulsions dites essentielles ne surviennent que sur un système nerveux pathologiquement atteint.

3° L'*étude du terrain* sur lequel apparaissent les convulsions montre toujours une hérédité nerveuse ou psychique d'origine toxique ou infectieuse. Sur 68 observations, nous ne relevons que deux observations où cette règle est en défaut.

Les cas les plus typiques où l'hérédité donne la preuve de la nature organique de la lésion sont fournis par la syphilis héréditaire.

Nous avons un pourcentage de 49,3 pour 100. Nous estimons être au-dessous de la vérité. La syphilis héréditaire est plus fréquente encore que ne l'indique notre statistique pour toute une série de raisons : absence d'examen direct dans certains cas chez le père et chez la mère ; absence de réaction de Wassermann après réactivation chez les ascendants ; fréquence de la syphilis héréditaire de deuxième génération et difficulté de son dépistage ; absence de signification d'une réaction sérologique négative ; infidélité du criterium thérapeutique qui n'agit que sur des lésions en activité et qui arrive quelquefois rapidement au seuil d'efficacité, selon l'heureuse expression du Pr Hutinel.

Aussi nous nous rangeons entièrement à l'opinion du Pr Marfan : tout enfant qui présente des convulsions dites essentielles avant six mois est suspect d'hérédo-syphilis.

Quand nous n'avons pas mis en évidence la syphilis héréditaire, nous avons decélé quinze fois une lourde hérédité neuro-psychiatrique : épilepsie (5), aliénation mentale, suicide, perversions (2), convulsions (8). On retrouvera ces diverses manifestations associées chez le même sujet ou chez les différents membres d'une même famille.

4° L'*évolution des convulsions* montre la réalité du facteur dysgénésique. En unissant dans une statistique les séquelles que nous avons observées chez 68 enfants de notre consultation neuropsychiatrie infantile, nous trouvons :

14 enfants au-dessous de trois ans pour lesquels l'observation est insuffisante.

5 morts.

9 sclérose cérébrale infantile.

5 hémiplégie cérébrale infantile.

19 épilepsie.

2 perversions instinctives graves.

5 débilité intellectuelle et motrice grave.

9 troubles légers du caractère (épileptoïdie, instabilité, etc.), ou débilité intellectuelle et motrice légère.

En présence de ces faits, la preuve de l'origine lésionnelle des convulsions dites essentielles nous semble démontrée.

Enfin, si nous faisons la statistique inverse et si nous examinons la *fréquence des convulsions chez les enfants atteints d'affections neuro-psychiatriques,* nous trouvons aussi un chiffre fort élevé. Sur 300 malades amenés à notre consultation de neuro-psychiatrie infantile pour une affection neuro-psychiatrique nettement caractérisée, nous trouvons que 133 enfants ont présenté dans leurs antécédents des convulsions soit une moyenne de 30,7 pour 100.

Une telle fréquence de convulsions qui, d'après les renseignements fournis par les parents, avaient l'apparence des convulsions essentielles, dans les antécédents de lésions neuro-psychiatriques graves montre la réalité d'une lésion organique du névraxe, décelable ou non anatomiquement.

Tel est le facteur primordial qui est à l'origine des convulsions. Mais celles-ci n'éclateront qu'à l'occasion d'un facteur spasmogène infectieux, toxique ou réflexe, très variable et quelquefois banal au cours de la pathologie infantile.

5° *Rapports des convulsions avec la spasmophilie.*

Nous discutons la valeur des trois critères de la tétanie latente : modification de l'équilibre acide-base du plasma, modification de la chronaxie, signe de Chvostek, et nous concluons que les convulsions essentielles de l'enfance qui s'accompagnent de perte de connaissance ne nous paraissent pas devoir être mises au compte de la tétanie ou de la spasmophilie latente.

Avant de fournir comme explication des convulsions infantiles la spasmophilie, *dont l'existence clinique ne nous paraît pas démontrée,* il faut fouiller avec le plus grand soin les antécédents des spasmophiles.

Pronostic. — Nous insistons surtout sur le pronostic éloigné. Nous discutons les conclusions de M. A. Collin et de M[lle] Revon qui attachaient une grande importance à la forme des convulsions toniques ou cloniques pour fixer le pronostic.

Au point de vue étiologique, une même dystrophie nerveuse héréditaire nous a paru conditionner les convulsions cloniques et les convulsions toniques.

Enfin, au point de vue évolutif, les convulsions cloniques nous

paraissent aussi graves que les convulsions toniques. Les séquelles observées chez les enfants âgés de plus de trois ans sont même plus fréquentes et plus graves quand les convulsions ont présenté des crises cloniques :

30 pour 100 d'enfants indemnes en cas de crises cloniques ;

42 pour 100 d'enfants indemnes en cas de crises toniques.

Notre conception est conforme aux expériences physiologiques de François Franck dont nous rapportons les résultats essentiels.

Ainsi les convulsions sont la traduction d'un processus pathologique atteignant l'axe cérébro spinal et sont un facteur de gravité. Elles doivent toujours imposer d'importantes réserves sur l'avenir neuro-psychiatrique de l'enfant. Là se limite leur valeur au point de vue pronostique. Celle-ci est fonction de la cause qui leur a donné naissance et de la possibilité que nous avons de l'atteindre par notre thérapeutique.

Dans la thérapeutique, même si les recherches cliniques et sérologiques sont négatives, la conduite la meilleure nous semble encore un essai prolongé de traitement spécifique. Il faut agir tôt, et longuement pour éviter la constitution des séquelles sur lesquelles toute thérapeutique est vaine.

Convulsions essentielles de l'enfance et spasmophilie (6 pages), en collaboration avec M. Longchamp (*Paris médical* 12 mars 1927).

Nous précisons ce qu'il faut entendre au point de vue clinique par convulsions essentielles de l'enfance. Nous insistons sur la *perte de la conscience*, qui constitue le signe essentiel, fondamental, le seul qui permette d'affirmer le diagnostic, et que deux symptômes caractérisent : la fixité du regard et l'insensibilité.

Nous discutons surtout le rapport entre les convulsions de l'enfance et la spasmophilie.

Le signe de Chvostek est considéré, par beaucoup d'auteurs, comme pathognomonique de la spasmophilie latente. Or, sur 20 enfants âgés de plus de six mois, au cours de crises convulsives, nous ne relevons que deux fois un signe de Chvostek positif. La recherche du même signe dans une observation de laryngospasme a été infructueuse.

Par contre, nous avons noté l'apparition d'un signe de Chvostek au cours d'un épisode méningé latent.

De plus, nous avons observé chez un nourrisson qui présentait des

crises convulsives un signe de CHVOSTEK nettement positif. Or l'enfant mourut de méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie.

De ces observations, d'autres encore, nous pouvons conclure que :

1° *Le signe de Chvostek se rencontre exceptionnellement au cours des convulsions essentielles de l'enfance ;*

2° *Il n'est pas pathognomonique de la spasmophilie.*

Le critère chimique de la spasmophilie : troubles du métabolisme du calcium, modifications de l'équilibre acide-base du plasma, modifications du P^{H} sanguin, n'est pas plus caractéristique. Des observations qui ont été publiées, il résulte que les renseignements qu'il donne sont contradictoires. Il ne nous paraît pas que, actuellement, ils soient suffisants pour fonder un diagnostic et contredire efficacement des arguments tirés de l'observation clinique.

Nous insistons encore sur ce fait que les convulsions essentielles de l'enfant sont caractérisées cliniquement par une perte absolue de la conscience. Les convulsions associées à des manifestations tétaniques évidentes surviennent, au cours de contractures, les précédant, les accompagnant ou leur succédant. Elles n'intéressent, généralement, que les membres contracturés ; *elles ne s'accompagnent pas de perte de la conscience* ; ce sont de simples manifestations motrices surajoutées et sans signification. Le diagnostic devrait être facile avec les convulsions essentielles de l'enfance qui ont un tout autre aspect.

Les convulsions essentielles de l'enfance, qui constituent la très grande majorité des crises convulsives infantiles, n'ont rien de commun avec la spasmophilie latente. *Celle-ci n'a aucune existence clinique.* Or les médecins ne peuvent guère se fonder que sur des symptômes cliniques pour affirmer un diagnostic, un pronostic et établir un traitement.

Obésité d'origine nerveuse probable chez une hérédo-syphilitique (6 pages), en collaboration avec MM. GRENET et CAMINO (*Société de Pédiâtrie* 20 janvier 1925).

Cette observation nous a paru avoir un intérêt théorique et pratique.

D'abord cette obésité est survenue tardivement à la période prépubère sans qu'elle ait paru être l'effet immédiat d'aucune cause évidente.

L'apparition à l'âge de la puberté rendait apparemment légitime le rôle des glandes endocrines (thyroïde, ovaire) qu'on incrimina d'abord pour expliquer cette obésité. Or le traitement thyro-ovarien appliqué, pourtant sans brutalité, eut un résultat déplorable.

L'épreuve des tests glandulaires est venue confirmer le résultat thérapeutique. La jeune malade ne témoigne biologiquement, d'aucune déficience ni d'aucune hyperactivité endocrinienne, au moins au point de vue thyroïdien.

Qu'il y ait eu dans ce cas une insuffisance de certaines glandes à sécrétion interne, le fait n'est pas douteux, puisque la malade n'est pas encore réglée ; mais il ne nous paraît pas qu'on puisse incriminer ici l'insuffisance ovarienne comme facteur essentiel de l'obésité.

L'aspect de la malade qui n'a pas gardé le type infantile, permet d'éliminer un syndrome adiposo-génital d'origine hypophysaire (Babinski-Frœhlich).

L'origine surrénale pourrrait être discutée. Mais il y a hypertrichose simple plutôt que véritable hirsutisme.

Sans doute on peut toujours incriminer un syndrome pluriglandulaire.

Mais une revision critique de ces syndromes pluriglandulaires s'est poursuivie et a montré que le rôle étiologique direct des lésions endocriniennes multiples restait discutable (Lereboullet).

En la circonstance nous incriminons plus volontiers une lésion nerveuse.

Lereboullet et ses élèves ont publié des cas comparables au nôtre.

Les recherches de Camus et Roussy, de Beiley et Bremer ont montré l'influence des lésions del'infundibulum, du tuber et du plancher du 4e ventricule dans le métabolisme de l'eau, des graisses, des sucres et même de la croissance osseuse. Plusieurs faits cliniques paraissent confirmer ces expériences physiologiques (Lereboullet, Nobécourt, Weill, Eschner, Cushing, Long et Bickel).

La nature de la lésion n'est point précise. En tout cas la cause est certaine. La lésion est sous la dépendance d'une hérédo-syphilis indéniable ; l'action efficace du traitement a confirmé les renseignements positifs de la réaction de Wassermann.

Au point de vue pratique, outre que, dans ces cas, il faut toujours penser à la syphilis, il nous paraît utile d'expérimenter les tests biologiques en usage, avant d'employer au hasard, chez un enfant obèse, un traitement endocrinien qui peut être inefficace et qui risque d'être nuisible.

Débilité mentale avec obésité dysendocrinienne chez un hérédo-syphilitique (6 pages, 2 figures, 3 courbes), en collaboration avec M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Société de Psychiâtrie*, 15 juillet 1923).

Chez ce malade, garçon de 25 ans, débile à la limite de l'imbécillité, qui présentait un syndrome adiposo-génital dissocié et jusqu'alors étiqueté hypo-thyroïdien, nous avons étudié les fonctions de ses diverses glandes à sécrétion interne en utilisant les tests glandulaires de MM. CLAUDE, PIEGELIÈVRE et MELLE BERNARD.

Nous avons montré l'intérêt de l'application de ces divers tests en faisant la critique des résultats obtenus. En la circonstance, ils nous ont permis d'éliminer l'insuffisance thyroïdienne, sans que nous ayons pu cependant apporter de conclusions fermes sur le fonctionnement de l'hypophyse.

Paralysie générale juvénile, hérédo-syphilis, syndrome endocrinien (3 pages) en collaboration avec M. LAIGNEL-LAVASTINE, (*Société de psychiâtrie*, 15 juillet 1920).

Notre malade est atteint de *paralysie générale juvénile avec début de paraplégie spasmodique et des signes d'insuffisance thyroïdienne et surrénale.*

Les cas de paralysie générale juvénile ne sont pas rares. Celui que nous montrons présente quelques particularités, que nous avons mises en évidence. De plus, il nous paraît intéressant d'insister sur le fait que malade a d'abord eu des accidents de syphilis osseuse et viscérale ; périostite des tibias il y a six ans, gomme du testicule, l'an dernier ; ces manifestations guérirent par le traitement mercuriel et arsenical. Mais la guérison de ces accidents n'empêcha pas le développement de la méningo-encéphalite diffuse.

Deux cas de paralysie générale juvénile (2 pages), en collaboration avec M[lle] BAOONNEL (*Société de Psychiâtrie*, 21 juin 1928).

Il s'agit de deux jeunes filles du même âge, mais chez l'une la paralysie générale est consécutive à une syphilis héréditaire, chez l'autre à une syphilis acquise 4 ans auparavant.

Co-existence de syphilis dermotrope et de syphilis neurotrope (4 pages), en collaboration avec M. Borel (*Société de psychiâtrie*, 17 mars 1921).

Notre malade est atteint de paralysie générale, avec infantilisme testiculaire, et syphilides cutanées. C'est sur la coexistence de la paralysie générale et des lésions syphilitiques cutanées que nous attirons l'attention. La coexistence des accidents nerveux et des accidents cutanés et de leur évolution simultanée est en faveur de l'unité de la syphilis.

Dysostose crânienne non-héréditaire (6 pages, 4 fig.), en collaboration avec M[lle] Bach (*Archives de Médecine des Enfants*, mars 1929).

On est en présence d'une dysostose crânienne qui offre quelques caractères spéciaux :

1° Il s'agit d'une dysostose crânienne et non crânio-faciale ;

2° Elle s'accompagne d'une malformation des os des membres inférieurs comme il y en a dans le rachitisme grave ;

3° Les os du crâne présentent un aspect cérébriforme comme dans une observation analogue publiée par MM. Nobécourt, Haguenau et Bize ;

4° Il y a une cécité progressive avec céphalée, de telle sorte que, avec l'aspect radiographique, on a pu, au premier abord, penser à une tumeur cérébrale, mais la cécité n'est pas secondaire à un œdème papillaire. Elle est due à une atrophie optique simple et a été causée vraisemblablement par la compression dans les canaux optiques déformés ;

5° Cette dysostose crânienne n'est ni familiale ni héréditaire ;

6° Le diagnostic de cet état est à faire avec l'oxycéphalie, qui s'accompagne quelquefois de troubles oculaires et d'atrophie des nerfs optiques, mais où la radiographie du crâne donne un aspect réticulé (Apert et M[lle] Bach).

Méningite hérédo-syphilitique (3 pages), en collaboration avec Mlle Bach (*Archives de Médecine des Enfants*, mars 1929).

On est en présence d'un enfant qui a fait une méningite étiquetée tuberculeuse et pour laquelle le diagnostic a été posé de méningite hérédo-syphilitique : à cause de la réaction méningée atypique, des stigmates de dégénérescence apparemment hérédo-syphilitiques, et des antécédents familiaux, notamment du côté paternel.

L'amélioration a été manifeste à la suite du traitement spécifique, mais l'apparition d'une paralysie avec réaction de dégénérescence a posé la question d'une poliomyélite avec réaction méningée.

Un débile calculateur de calendrier (3 pages), en collaboration avec M. Semelaigne (*Société de Psychiâtrie*, 22 janvier 1921).

L'enfant que nous présentons est un jeune garçon de treize ans qui offre une disposition mentale spéciale pour le calcul du calendrier. Il est capable de résoudre sans difficulté et quasi automatiquement les deux problèmes suivants : 1° trouver le nom du jour de la semaine correspondant à une date donnée ; 2° trouver le quantième correspondant à un jour donné. Or cet enfant n'a pas un développement intellectuel qui permette d'expliquer par un mécanisme normal la capacité de résoudre ces problèmes assez compliqués.

Il nous semble que ses dispositions au calcul du calendrier et à la connaissance de l'heure constituent une sorte de chronisme mental, c'est-à-dire un développement particulier de la fonction habituellement inconsciente qui nous permet d'apprécier et de mesurer l'écoulement du temps horaire, journalier, mensuel ou annuel.

Cette fonction n'est qu'une forme de la disposition au calcul mental et obéit aux lois formulées par Binet. Elle a été précoce dans son apparition. Elle semble avoir été congénitale, s'est manifestée par des réactions extérieures avant qu'il sût parler, s'est développée par une auto-éducation, et peut-être par l'entraînement auquel l'a soumis son entourage dès que sa disposition s'est manifestée. Ce n'est pas une disposition héréditaire, car rien de semblable ne paraît avoir existé dans la famille. Ce développement anormal d'une seule fonction mentale se réalise par des procédés de calcul qui ne sont pas des

mathématiques usuelles. Elle éclôt au milieu d'une débilité intellectuelle considérable mais qui comporte toutefois une certaine éducabilité.

Présentation d'un débile calculateur de calendrier (4 pages), en collaboration avec Mlle Badonnel (*Société de Psychiatrie*, 21 juin 1928).

Il s'agit d'un débile mental profond à type d'imbécillité avec des dispositions spéciales pour le calcul du calendrier.

Au point de vue du diagnostic, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une démence précocissime. Toutefois l'arrêt intellectuel est nettement dû à une méningo-encéphalite qui s'est produite à l'âge de 2 ans et demi, avec convulsions et état fébrile. Il s'agit plutôt d'une encéphalopathie infantile avec arrêt du développement intellectuel, à la limite de l'imbécillité.

Plusieurs observations de « débiles calculateurs de calendrier » ont été publiées ; en 1910 par E. Blin, en 1920, par l'un de nous avec Semelaigne.

Dans ces deux cas la débilité du sujet paraissait moins grave que chez notre malade, mais il s'agissait de la même spécialisation curieuse avec ce mécanisme difficile à déterminer.

Comme chez tous les calculateurs prodiges, on trouve les caractères suivants :

1° Une disposition congénitale affirmée par la précocité des tendances, l'hérédité ni le milieu ne paraissant pas jouer un rôle.

2° Le développement considérable par l'entraînement d'une seule fonction mentale.

3° Le sujet pour effectuer ses opérations a des procédés qui ne sont pas ceux de l'arithmétique usuelle.

4° Le sujet est peu doué intellectuellement et est un arriéré imperfectible.

5° Il ne semble pas qu'il faille seulement faire jouer un rôle à la mémoire, car quelle que soit la date, proche ou lointaine, le sujet met à peu près le même temps de 4 à 5 secondes pour donner une réponse exacte. De plus les erreurs qu'il commet paraissent toujours logiques et sont précédées d'un calcul. Enfin quand on a redressé une fois son erreur, il n'en commet plus d'autres pour les quantièmes de la même année. Il semble donc bien qu'il y ait un mécanisme arithmétique spécial et sans doute empirique.

Un cas de mutisme chez un enfant myopathique, ancien convulsif. Guérison par la psychanalyse (6 pages, 2 fig.), en collaboration avec Mme Morgenstern (*Société de Psychiatrie*, 19 mai 1927).

Il s'agit d'un cas très complexe, car ce mutisme d'apparence psychogène s'est développé sur un terrain gravement lésé au point de vue neurologique, puisque cet enfant, ancien convulsif, a actuellement une myopathie.

Ce qui nous a paru intéressant dans cette observation, c'est que cet enfant, qui ne pouvait pas parler, s'est expliqué par des dessins. Une grande partie de ces dessins est informe : une interprétation très variable et très discutable peut en être donnée ; mais il en est d'autres qui montrent d'une façon incontestable chez l'enfant des préoccupations sexuelles très précises, et qui représentent notamment une castration. Or, on sait quelle est l'importance du complexe de castration dans la psychanalyse. De plus, pour les dessins les plus discutables, Mme Morgenstern les avait interprétés dans le sens psychanalytique (complexe d'Œdipe, complexe de castration, etc.). L'enfant, lorsqu'il a pu parler, a confirmé les interprétations données par Mme Morgenstern au cours de son mutisme. Il n'y avait eu aucune suggestion pour diriger les interprétations données par l'enfant.

Cet enfant est actuellement guéri et ne présente plus les attitudes d'opposition qu'il avait le jour de notre première consultation et qui le rendaient tout à fait semblable à un dément précoce.

Le procédé psychothérapique qui fut employé est la psychanalyse. Peut-être n'a-t-elle agi ici que comme moyen banal de psychothérapie ; mais même dans ce sens on ne peut nier son efficacité dans le traitement du trouble présenté par cet enfant. C'est la première fois qu'en France on présente dans une Société un malade, adulte ou enfant, guéri par la psychanalyse. Nous savons combien il faut être prudent dans les interprétations données par la psychanalyse. Nous avons insisté sur la complexité de ce cas pour ne pas tirer des conclusions définitives sur la nature psychogène du mutisme que nous avons constaté, puis guéri. Mais cette observation nous a paru, à cause même de sa complexité, intéressante à rapporter. Nous faisons d'ailleurs les plus grandes réserves sur l'avenir mental et neurologique de cet enfant.

Perversions instinctives identiques chez deux cousins germains, produits de métissage (2 pages), en collaboration avec Mlle SERIN (*Société de Psychiâtrie*, avril 1929).

Il s'agit de deux cousins germains, produits de métissage franco-indo-chinois de seconde génération. Leurs perversions instinctives identiques : instabilité, indiscipline, mythomanie, malignité, vols, pourraient faire croire au rôle important du métissage dans l'étiologie. En réalité il y a une hérédo-syphilis qui, plus que le métissage, est responsable des troubles du caractère.

Perversions instinctives et troubles du caractère post-typhoïdiques (2 pages), en collaboration avec Mlle BADONNEL (*Société de Psychiâtrie*, 18 avril 1927).

Les perversions instinctives acquises sont généralement consécutives à l'encéphalite épidémique. Dans le cas que nous rapportons, elles sont apparues chez un enfant dès l'âge de 6 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. L'absence de toute autre étiologie, la modification très nette du caractère qui s'est produite après la fièvre typhoïde, permettent d'affirmer que la maladie typhique est responsable de l'éclosion des troubles du caractère.

A propos de l'hystérie infantile (6 pages) (*Société de Pédiâtrie*, mai 1929).

A propos d'une communication de Mme NAGEOTTE sur la scoliose hystérique, nous faisons remarquer que les accidents réellement hystériques, c'est-à-dire pithiatiques, s'observent assez rarement chez l'enfant, malgré la fréquence de la mythomanie infantile. Notamment les contractures, les attitudes vicieuses que l'on constate sont beaucoup moins d'ordre pithiatique que d'origine antalgique. Ce sont presque toujours des attitudes vicieuses de défense contre une douleur de localisation variable. Les jeunes sujets qui présentent ces attitudes antalgiques sont moins des mythomanes que des enfants émotifs et pusillanimes.

La thérapeutique doit être toute de douceur et de persuasion.

Les troubles du sommeil chez l'enfant (30 pages) (*Journal Médical Français*, novembre 1926).

Nous faisons une étude complète des troubles du sommeil chez l'enfant, en rapportant nos constatations personnelles et en les illustrant de quelques observations.

Dans un premier chapitre, nous décrivons la sémiologie de l'insomnie, du grincement des dents, de l'agitation motrice, des terreurs nocturnes, des rêves, des cauchemars, de l'onirisme, du somnambulisme, des convulsions, du mentisme, des délires, de l'incontinence nocturne d'urine.

Dans un deuxième chapitre, nous étudions les types cliniques d'enfants chez lesquels se produisent des troubles du sommeil. Des enfants normaux peuvent épisodiquement faire un syndrome confusionnel avec onirisme dans une maladie fébrile. Mais, en général, les troubles du sommeil qu'on constate chez l'enfant surviennent chez des anormaux qui présentent des troubles du caractère ; émotivité, état d'excitation et de dépression, instabilité, épilepsie, perversions instinctives. Quelquefois, il a une maladie mentale déterminée : débilité mentale, encéphalite épidémique, démence précoce.

Le traitement des troubles du sommeil chez l'enfant est variable selon le symptôme constaté et sa cause.

Quelques recherches étiologiques en Neuro-Psychiâtrie Infantile (*Hygiène mentale*, mai 1928).

Depuis que nous avons été chargés du centre de Neuro-psychiâtrie infantile, 379, rue de Vaugirard, nous nous sommes efforcés avec nos élèves et nos collaborateurs d'étudier l'étiologie des troubles psychiques des enfants qui viennent à notre consultation.

Quoique nous tenions toujours un grand compte des conditions sociales et des causes psychologiques qui peuvent déterminer un certain nombre de troubles psychiques de l'enfant, c'est cependant en nous plaçant sur le terrain organique que nous avons cherché une cause, analogue à celle des autres maladies de l'enfance.

Nous avons cherché à mettre en évidence l'étiologie infectieuse, toxique, dystrophique qui est à la base des troubles nerveux ou psychiques comme de toutes les maladies viscérales.

C'est dans cet esprit que nous avons inspiré à nos élèves et colla-

borateurs des travaux et des thèses dont nous donnons ci-dessous le résumé.

Dans la thèse de M. Jean Dayras, à l'occasion d'une remarquable observation, est étudiée *la transmission et la prophylaxie de la syphilis héréditaire.*

Il ne semble pas qu'il y ait lieu de maintenir la distinction entre l'hérédo-syphilis en nature et l'hérédo-syphilis dystrophique. Il n'y a qu'une syphilis héréditaire reproduisant en tous points la syphilis acquise avec ses mêmes caractères de contagiosité et d'inoculation. Il n'y a qu'une syphilis, que la contagion se soit faite pendant la vie ou dans l'utérus.

Tandis qu'en dehors du mariage, la contagiosité d'une syphilis bien traitée ne semble pas dépasser un ou deux ans, dans le mariage au contraire, *quelle que soit l'ancienneté de l'infection* et quel qu'en ait été le traitement, il est fréquent de la voir se transmettre du mari à la femme dès leurs premiers rapports comme en témoigne la fausse-couche qui apparaît peu après. Cette contagiosité spéciale semble bien résulter du fait de la grossesse.

Le traitement doit être institué absolument dans tous les cas où l'un des procréateurs peut être convaincu de syphilis ou d'hérédo-syphilis. Il doit être commencé dès les premiers jours de la grossesse, dès le moindre retard de règles. Il faut le continuer jusqu'à la dernière semaine et ne l'interrompre jamais plus de trois semaines consécutives. Mieux vaut ne faire aucun traitement que de le faire incomplet, tout traitement insuffisant risquant d'être une réactivation et de causer la mort du fœtus.

Sur nos conseils et avec les documents recueillis à notre consultation, le Dr Male a étudié « le rôle de l'*hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance* ». Des statistiques faites avec objectivité il résulte que :

La syphilis héréditaire semble jouer un rôle important dans la genèse des troubles mentaux de l'enfance.

On la retrouve en effet, avec certitude chez les anormaux dans près de 40 pour 100 des cas. La grande fréquence des formes latentes ou difficiles à diagnostiquer semble indiquer que cette proportion est inférieure à la réalité.

L'hérédo-syphilis l'emporte de beaucoup en fréquence sur toutes les autres étiologies qu'il est possible de relever dans les antécédents héréditaires (tuberculose, alcool, psychopathies) ou individuels (traumatismes obstétricaux, encéphalite, affections de l'enfance). Ces causes ne se retrouvent, en effet, nettement que dans 16 pour 100 des cas.

Les troubles que semble conditionner l'hérédité spécifique sont, avant tout, les troubles graves du développement intellectuel. Elle est la cause la plus fréquente de l'idiotie et de l'imbécillité ; elle se retrouve très souvent dans la simple débilité mentale, avec ou sans troubles du caractère.

Elle est plus rare, mais on peut cependant parfois la mettre en évidence, dans certains cas de troubles du caractère associés ou non à des perversions instinctives.

Le traitement médical des troubles mentaux de l'enfance se confondra donc dans la grande majorité des cas avec le traitement des formes dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

Il ne faudra pas hésiter à instituer, dans les cas d'hérédo-syphilis probable, un traitement spécifique associé à un traitement opothérapique, celui-ci destiné à exercer son action sur les glandes à sécrétion interne.

Celles-ci, fréquemment touchées par la syphilis, semblent en effet représenter bien souvent le lien entre l'infection des parents et les troubles mentaux de l'enfant.

Les résultats du traitement sont extrêmement variables. On obtient plus d'améliorations que de guérisons.

Si l'action du traitement spécifique est surtout manifeste dans le domaine intellectuel, elle paraît, dans quelques cas, s'exercer aussi sur les troubles du caractère eux-mêmes.

D'une conception plus psychologique est celle des *Fugues infantiles*, traitée par le Dr Haïg Yazmadjian dans sa thèse inspirée par la psychanalyse. Cette étude montre le mécanisme psychologique général de la fugue infantile, qui est due à une insuffisance ou à un affaiblissement du pouvoir réactionnel de l'individu ; c'est un moyen de défense dont la réaction est dirigée au dehors, c'est un autisme à réaction extérieure.

Mais ce mécanisme psychologique ne joue que chez des individus constitutionnellement malades ou déséquilibrés : les débiles, les instables, les pervers, etc., d'où la nécessité initiale de préciser chez tous les fugueurs, leurs anomalies de l'intelligence et du caractère. C'est de ce diagnostic que dépendent les mesures médico-pédagogiques, diverses selon l'anomalie et réalisées par un traitement médical, la rééducation, l'enseignement professionnel et quelquefois le placement familial et rural.

Développement psychique de l'enfant normal.
Applications a l'éducation.

Anthropologie psychique (37 pages) (In *Traité d'Hygiène*, Baillière, 1928).

Nous exposons les diverses étapes neurologiques et psychiques du développement de l'enfant normal, depuis la naissance jusqu'à la puberté.

De cette étude du développement psychique de l'enfant jusqu'à l'âge de la puberté, on peut tirer les conséquences suivantes concernant l'éducation de l'enfant :

1° Dans le cours de la première année et jusqu'à l'âge scolaire, l'éducation doit être surtout sensorielle, de façon à fournir à l'enfant le plus grand nombre de matériaux possible pour l'acquisition des données intellectuelles ;

2° A l'âge scolaire, il faut aussi peu que possible faire fonctionner la mémoire. Il faut donner à l'enfant des notions concrètes, de façon à passer ensuite plus facilement aux données abstraites. Ces données, dues à Pestalozzi, à Frœbel, à Binet, à Decroly, ont servi de base à une pédagogie nouvelle ;

3° Il faut laisser à l'enfant une certaine liberté. C'est le principe de la méthode de Mme Montessori et de « l'Ecole active » ;

4° Il faut dépister le plus tôt possible les différents types de caractère de l'enfant, car, s'il est impossible de les modifier, il faut du moins essayer de les adapter au milieu dans lequel vit l'enfant et aussi d'adapter le milieu au caractère ;

5° Il faut connaître le rôle important de la sexualité dans le développement du caractère de l'enfant, de façon à faire, le plus tôt possible, une éducation sexuelle logique et discrète.

Principes de Neuro-Psychiatrie Infantile. Leçon faite à l'Association Médicale d'Enseignement des Hôpitaux, le 26 mai 1929.

Deux grandes lois biologiques président au développement psychique de l'enfant : d'une part, l'ontogénèse reproduit la phylogénèse, d'autre part, en général, il y a alternance dans la croissance somatique et dans la croissance psychique.

Outre ces lois, nous insistons sur trois ordres de faits dont la constatation est capitale quand on étudie le développement psychique de l'enfant :

1° Au cours de la première année, on juge du développement de l'intelligence à des signes seulement neurologiques ;

2° Entre trois et six ans, le développement de l'intelligence est en rapport étroit avec l'acuité des organes des sens et avec le développement de la motilité ; c'est le principe des associations psycho-sensorielles et psycho-motrices ;

3° Enfin, l'enfant montre très précocement par ses réactions les tendances affectives qui constitueront son caractère. La permanence du caractère se vérifie dans toute la vie de l'individu.

L'étude de ces trois principes permet de tirer les conséquences suivantes concernant l'éducation de l'enfant.

1° Dans le cours des trois premières années, il faut surveiller l'apparition des divers signes neurologiques et surtout la date de leur disparition, afin de pouvoir intervenir par un traitement médical quand il en est temps encore.

2° Dans le cours de la deuxième enfance, l'éducation doit être surtout sensorielle et motrice.

3° Il faut dépister le plus tôt possible les différents types du caractère de l'enfant, car, s'il est impossible de les modifier, il faut du moins essayer de les adapter au milieu dans lequel vit l'enfant, et aussi adapter le milieu au caractère de l'enfant.

Éducation sensorielle : principes, méthode, résultats (25 pages), en collaboration avec M. et Mme Pernet. *Congrès d'hygiène scolaire*, 2 avril 1921.

Nous rapportons les résultats de notre expérience dans l'application des méthodes d'éducation sensorielle appliqués par M. et Mme Pernet dans l'enseignement aux arriérés.

Les troubles du caractère en psychiâtrie scolaire (15 pages), en collaboration avec M. Gouriou (*Journal médical français*, juillet 1929).

C'est chez l'enfant qu'il faut rechercher les premiers signes anormaux qui permettront de préjuger d'une constitution mentale défectueuse, d'un mauvais terrain psychique, d'une prédisposition à une maladie mentale déterminée.

Nous voulons surtout attirer l'attention sur un groupe d'enfants qui, n'étant ni débiles, ni pervers, ne sont pas immédiatement reconnus comme des anormaux ; ils peuvent suivre plus ou moins facilement les classes normales des enfants de leur âge, et ils peuvent s'adapter avec plus ou moins d'efforts à la discipline de l'école. Pourtant, ils présentent, au point de vue affectif, des troubles souvent profonds, qui peuvent compromettre, à l'âge adulte, leur santé psychique.

Ce sont les enfants *déséquilibrés* dont les troubles du caractère, variables, mais déjà nets dès l'enfance, s'accentuent à l'adolescence et font d'eux des candidats aux syndromes psychopathiques de l'adulte.

Schématiquement, les enfants déséquilibrés peuvent être classés en 5 groupes :

1° les émotifs ;
2° les intermittents ;
3° les instables ;
4° les paranoïaques ;
5° les épileptiques.

Nous exposons les réactions de ces divers types d'enfants.

Puis nous discutons la valeur de l'explication donnée par la psychanalyse qui fait de la fonction sexuelle l'explication univoque de tous les déséquilibres du caractère chez l'enfant. C'est faire bon marché des tendances héréditaires, des tares physiques, intellectuelles, affectives des parents.

Cette conception des psychanalystes se heurte à la notion des constitutions morbides, telle que l'a exposée Dupré. Pour l'école française, les anomalies mentales de l'enfant, en particulier ses troubles du caractère, sont dues à des tares morbides exceptionnellement acquises, presque toujours héréditaires ; ce sont des défectuosités constitutionnelles d'ordre intellectuel ou affectif qui sont un obstacle à l'adaptation spontanée de l'individu au milieu social.

Cette constitution primaire de l'enfant est essentielle et irréductible, mais avec cette réserve « que la tendance à l'acte n'implique pas la fatalité de l'action ». L'hygiène et la prophylaxie mentale

auront surtout pour objet d'éviter la réalisation des tendances morbides.

Nous discutons enfin les conceptions de Kretschmer sur l'association du tempérament et du caractère psychologique. Si on peut considérer le caractère syntone comme étant pratiquement le caractère de l'individu normal, capable de s'adapter facilement aux conditions extérieures, le caractère schizoïde n'ajoute pas une grande précision aux notions déjà connues.

Sans doute, il répond à des constatations cliniques, mais la schizoïdie, c'est-à-dire l'incapacité de s'adapter à la réalité se rencontre aussi bien chez les émotifs que chez les paranoïaques et les mélancoliques. En réalité, la schizoïdie constitue une variété du caractère émotif, qui, souffrant des réalités pénibles du monde extérieur, cherche en un monde intérieur des compensations imaginatives.

Quant aux notions du tempérament pycniques, athlétiques et asthéniques, etc., elles sont des tentatives intéressantes pour associer le physique et le moral. Mais c'est moins dans une représentation morphologique qu'il faut chercher l'équivalence, que dans l'étude des réactions biologiques, endocriniennes et organo-végétatives

Enfants anormaux et réactions familiales (21 pages). Leçon inaugurale de neuro-psychiatrie (*Semaine médicale des hôpitaux*, 12 janvier 1926).

Dans notre première leçon du cours de neuro-psychiatrie infantile, nous avons parlé des rapports des parents avec leurs enfants anormaux et avec les médecins. Dans cette question d'inter-psychologie pratique, les parents montrent habituellement qu'ils ne comprennent pas leur responsabilité à l'égard de leurs enfants. La conception du « Pater Familias », patriarche et tyran, s'exprime par l'article 375 du Code civil qui prévoit la correction paternelle.

Or, les parents se comportent souvent de telle manière que par ignorance, illogisme, vanité, méfiance, égoïsme ou malignité, ils aggravent les tendances morbides de leur enfant et entravent l'action efficace qui permettrait son amélioration.

Quelle que soit la tare héréditaire, les parents ajoutent encore des tares acquises, par exemple la syphilis. De plus, combien de fois au cours des divorces, n'avons-nous pas noté l'étrange disposition

d'esprit des parents qui se servent de leur enfant pour alimenter leurs procès et leurs revendications.

Trop souvent encore, les parents restent aveugles devant l'arriération intellectuelle de leur enfant et demandent trop tard l'avis du médecin.

Nous rappelons l'existence du bourreau familial qui, par perversion et malignité, rend la vie insupportable à son entourage domestique, d'où l'existence des enfants martyrs qui sont les victimes de la haine familiale.

Dans le fonctionnement de la consultation de neuro-psychiatrie infantile, les rapports avec les parents constituent le rouage le plus délicat. Il ne faut jamais oublier qu'à moins de circonstances très graves, c'est aux parents qu'il revient de décider du sort de leurs enfants. Il faut donc parvenir à les persuader de prendre la décision utile.

Dans cette partie du travail du médecin, le rôle de l'Assistante sociale est indiqué. L'infirmière visiteuse ou l'assistante sociale est indispensable dans une consultation de neuro-psychiatrie infantile.

MESURES SOCIALES

Enfants anormaux et délinquants juvéniles. Nécessité de l'examen psychiâtrique des écoliers (336 pages) (*Thèse Paris*, 1914, médaille d'argent de la Faculté).

Cette thèse, qui est le résultat de trois années de travail et d enquêtes menées dans les écoles, à l'hôpital des Enfants-Malades, à l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police, à l'asile de Bicêtre et au Patronage de l'Enfance et de l'adolescence, est une étude d'ensemble de la question des enfants anormaux.

Après des considérations générales sur les rapports entre l'anomalie mentale et la délinquance, nous sommes arrivés à la définition suivante des enfants anormaux : Enfants qui, sous l'influence de tares morbides, le plus souvent héréditaires, présentent des défectuosités constitutionnelles d'ordre intellectuel et moral, qui les empêchent de s'adapter spontanément au milieu social.

Pour remédier à la situation des enfants arriérés et à l'accroissement de la délinquance juvénile, diverses mesures ont été prises : d'une part, organisation des classes et des écoles de perfectionnement, d'autre part, création des tribunaux pour enfants. Ces deux mesures se heurtent dans leur application à diverses difficultés dont la cause principale réside dans l'absence d'examen médical des délinquants et des arriérés.

Il est impossible de séparer théoriquement et pratiquement écoliers anormaux et délinquants juvéniles ; ceux-ci se recrutent parmi ceux-là. C'est dès l'école qu'il faut essayer de faire le diagnostic des diverses formes d'anomalies mentales : il faut, pour chaque élève suspect, établir une fiche complète.

Dans le diagnostic et dans le classement des enfants anormaux, il faut prendre pour critérium leur adaptabilité sociale. Celle-ci comprend deux éléments : la nocivité et l'insuffisance intellectuelle. Pour apprécier ce dernier élément, il faut éliminer les débiles d'asile,

qui ne pourront jamais être adaptables, et ne tenir compte que des débiles d'école, qui pourront devenir, avec une éducation adéquate, des demi-adaptés ou des adaptés complets.

Chaque méthode d'examen : 1° méthode médicale, 2° méthode pédagogique, 3° méthode psychologique, est insuffisante quand elle est employée isolément. La méthode psychiâtrique ou méthode clinique, doit tenir compte des données fournies par chacun des procédés précédents. Elle doit, notamment, appliquer les procédés modernes de la psychologie et les principes expérimentaux de la pédologie.

Dans l'examen physique, il faut noter les anomalies morphologiques dont l'importance est, d'ailleurs discutable, et surtout rechercher les symptômes de débilité motrice, qui sont souvent associés aux symptômes de débilité mentale.

Dans l'examen intellectuel, complété par l'examen scolaire, il faut étudier isolément et systématiquement, par des tests appropriés chacun des facteurs qui constituent l'intelligence. La débilité mentale se rencontre à divers degrés chez la plupart des anormaux scolaires et des délinquants juvéniles.

La recherche des troubles du caractère et des perversions instinctives est de la plus grande importance pour déterminer, chez l'enfant, les tendances constitutionnelles qui en feront un être nuisible à la société et se manifesteront par les diverses formes de sa délinquance.

Chez les anormaux scolaires et chez les délinquants juvéniles, on rencontre les mêmes types cliniques : 1° les débiles mentaux simplement arriérés; 2° les instables; 3° les pervers avec où sans arriération; 4° les épileptiques frustes; 5° les hystériques suggestibles et mythomanes; 6° les insuffisants glandulaires.

Ces divers éléments de l'examen doivent être consignés dans une fiche qui restera aux archives de l'école. Elle doit servir ultérieurement à renseigner l'autorité militaire au moment où l'anormal est appelé au service, à l'autorité judiciaire, si l'anormal devient un délinquant.

Après l'exposé des 102 observations que contient notre thèse, nous avons terminé par le modèle de la fiche médico-psychologique dont nous préconisons l'emploi.

Après 15 ans d'expérience, notre thèse n'a pas vieilli, et nous pourrions aujourd'hui la reproduire intégralement.

De la nécessité de l'examen psychiatrique des enfants anormaux à l'École (6 pages) (*Presse Médicale*, 3 avril 1919).

L'enfant à l'âge scolaire doit satisfaire aux règles qui régissent les deux milieux dans lesquels il est obligé de vivre : la famille et l'école. Les manifestations de son caractère et de sa moralité constitutionnelle revêtiront dans ces deux milieux un aspect fort variable selon les circonstances. L'influence de l'hérédité, de la moralité de la famille, de l'éducation scolaire, pourra modifier les réactions de l'enfant. Mais quelle que soit l'importanee de ces facteurs, l'expérience montre qu'à partir de la puberté, le caractère de l'enfant ne se modifie guère dans sa constitution, il s'affirme davantage; il évolue dans le même sens, il s'enrichit d'éléments de même nature. On peut, par l'étude soigneuse et prolongée de son caractère et par ses réactions aux milieux scolaire et familial, préjuger de celles qu'il présentera dans le milieu social de l'adulte.

A cet âge se manifestent chez certains enfants des troubles du caractère, des perversions du sens moral, une instabilité de la volonté, qui les empêchent de s'adapter à aucune règle et de s'astreindre à la discipline scolaire et familiale. Ils manifestent déjà leur tendance nocive. Passant de la vie scolaire à la vie sociale, avec les mêmes perversions et le même déséquilibre, ils vont grossir « la masse des individus mal adaptés à n'importe quel métier, n'importe quel milieu » (P. Boncour). Ainsi se manifestent chez certains enfants anormaux le premier élément de l'insdaptabilité sociale, la nocivité. C'est dans ce premier groupe d'enfants anormaux que se recrutent surtout les délinquants juvéniles. Ce sont les délinquants constitutionnels.

De plus, chez ces anormaux, on trouve certains troubles du caractère, on constate certaines réactions au milieu et aux faits extérieurs, qui sont comme les manifestations embryonnaires des psychoses de l'adulte. Nous n'envisageons par les psychoses caractérisées de l'enfance qui sont décrites dans les traités de psychiatrie. Mais nous montrons comment certains troubles de l'affectivité indiquent une prédisposition aux troubles mentaux ultérieurs.

Nous avons reconnu comme autre criterium de l'individu normal l'obligation de subvenir seul à ses besoins.

Certes, il n'est pas possible de demander à l'enfant de satisfaire immédiatement à cette nécessité. Mais à la période scolaire de la vie, l'enfant doit acquérir les armes qui lui permettront, quand il sera abandonné à lui même, de posséder, par son travail, une complète indépendance matérielle.

A cause de certaines tares structurales, de certaines malformations ou infirmités physiques, l'enfant peut être dans l'impossibilité de travailler pendant la période scolaire; on peut prévoir selon la nature et la gravité des anomalies qu'il présente qu'il sera ultérieurement à la charge entière ou partielle de la société. Ces anomalies corporelles et sensorielles caractérisent le groupe des anormaux physiques (Régis). Le problème de leur diagnostic, de leur traitement et de leur assistance sociale est en partie résolu? Ce n'est pas cette catégorie que nous étudions.

D'autres enfants qui peuvent être aussi des anormaux du corps et des sens, sont atteints d'anomalies d'une autre nature. Ils présentent, sur leurs condisciples du même âge, un retard intellectuel plus ou moins marqué. Ils ne peuvent acquérir à l'âge scolaire les notions nécessaires pour exercer plus tard un métier manuel ou intellectuel. Ce retard s'accentue avec l'évolution. A l'âge adulte, incapables d'un discernement suffisant pour le choix d'une profession, inaptes à exercer un métier dont ils n'ont pu apprendre les éléments à l'âge de l'école et de l'apprentissage, ils sont à la charge de la société.

C'est parmi les pervers instinctifs, parmi les déséquilibrés du caractère et parmi les débiles intellectuels, que se recrutent les délinquants juvéniles et plus tard les criminels adultes.

Il importe de faire précocement le dépistage de ces anormaux psychiques car la mesure à prendre pour les améliorer, les éduquer, les amender, est variable selon le type de leur anomalie.

Ce triage précoce doit se faire dès l'école, c'est la meilleure prophylaxie des maladies mentales et de la criminalité.

But et Méthode de la Neuro-Psychiâtrie Infantile. Plan d'Hygiène mentale de l'enfant (12 pages) (*Archives de Médecine des enfants*, août 1927).

La véritable prophylaxie mentale doit se faire dès l'enfance. C'est dès l'enfance qu'il faut reconnaître les premières marques de l'arriération intellectuelle et les premiers troubles du caractère. A quelle période de l'enfance doit se faire ce dépistage? On peut dire : le plus tôt possible.

Quand on a vu passer entre ses mains des centaines et des centaines d'enfants débiles, pervers et déséquilibrés, et que, par un interro-

gatoire minutieux et approfondi, les recherches biologiques les plus complètes et l'examen somatique fait de pied en cap, on a mis en évidence les tares infectieuses ou toxiques des parents, les malformations et dystrophies corporelles qui accompagnent les anomalies mentales des enfants, on se rend compte que la psychogenèse des caractères est une vaine formule.

On ne modifie pas plus les caractères que la couleur des yeux, et tous les traitements psychologiques et psychanalytiques pourront faire disparaître l'accident névropathique, mais ne changeront rien à la nature du terrain sur lequel il s'est produit.

C'est *avant la naissance* qu'il faudrait se préoccuper de l'hygiène mentale de l'enfance. Il faudrait faire de l'hygiène prénatale, de l'*eugénique*.

Puis la véritable hygiène mentale, au lieu de perdre son temps à essayer de réformer les caractères, devra s'efforcer de les utiliser, de les canaliser et d'adapter l'éducation, l'instruction, l'action familiale et scolaire à l'individualité irréductible de l'enfant.

C'est *au cours de la première année* qu'il faut dépister les premiers signes neurologiques qui indiquent les troubles du développement neuro-psychiâtrique de l'enfant.

Plus tôt le traitement sera institué, plus de chances on aura d'améliorer les premières anomalies neurologiques ou psycho-motrices et de protéger l'avenir mental de l'enfant.

Dans la famille, c'est l'hygiène de toute la vie affective de l'enfant qui doit être réglée. C'est à l'actif de la psychanalyse d'avoir démontré l'importance de la vie affective et de la vie sexuelle de l'enfant dans la famille. La mise en jeu des émotions de l'enfant, le contrôle de ses goûts, de ses tendances, de ses instincts, les réactions qu'il présente dans ses premiers chocs affectifs avec ses parents, avec ses frères et ses sœurs, toute l'interpsychologie familiale, en somme, doit être étudiée, réglée, en prenant comme principe qu'il faut écouter l'enfant, essayer de le comprendre ; il faut le respecter dans sa personnalité qui s'affirme précocement et ne se modifiera guère dans son développement ultérieur.

Le milieu social normal de l'enfant, c'est l'*école*. C'est parmi les camarades de son âge que l'enfant se manifeste vraiment avec ses qualités intellectuelles et morales et qu'il montre déjà ses possibilités d'avenir.

A l'âge scolaire, quand un enfant est examiné par un psychologue ou un psychiâtre, le but n'est pas seulement de mesurer ses facultés intellectuelles, de savoir s'il peut suivre les classes normales de son

âge. On ne doit pas étudier seulement son état intellectuel, mais aussi son caractère.

La méthode à employer pour l'examen de l'enfant doit être psychiâtrique et utiliser toutes les autres méthodes pédagogiques, psychologiques et anatomiques.

Pour étudier l'enfant anormal, c'est-à-dire un malade, les données anatomo-physiologiques doivent servir de contrôle aux observations psycho-pédagogiques.

Cette méthode de neuro-psychiatrie infantile doit être appliquée immédiatement dans l'étude de l'enfant à l'école depuis les classes élémentaires jusqu'aux classes supérieures, depuis la maternelle jusqu'à la sortie de l'école primaire ou secondaire. Elle a pour but de dépister à l'école :

1° *Les débiles intellectuels,* qui ne peuvent suivre les classes des enfants normaux de leur âge et qui, arriérés scolaires, seront plus tard incapables d'acquérir un métier spécialisé et de gagner leur vie.

Dans la classe, ils sont les derniers et leur retard s'aggrave d'année en année. On aura des chances de les dépister en examinant dans une classe systématiquement le dernier cinquième des enfants. On trouvera parmi ces paresseux, non seulement des débiles intellectuels, mais des enfants dont la paresse a d'autres causes pathologiques ;

2° *Parmi les enfants normaux* intellectuellement, on dépistera ceux dont les troubles du caractère les prédisposent à des psychopathies variées.

a. *Les instables,* enfants indisciplinés, agités, toujours punis pour des troubles de la conduite ; ils font l'école buissonnière en attendant de faire des fugues plus graves ;

b. *Les émotifs,* timides pathologiques, qui pleurent au moindre reproche, ne peuvent répondre aux interrogations, paraissent inhibés. Ce sont les futurs obsédés dont la vie sera un martyre et dont le rendement social sera troublé ;

c. *Les intermittents* qui sont périodiquement excités ou déprimés ;

d. *Les esprits faux, les paranoiaques* de caractère difficile qui se plaignent, protestent, récriminent, sont jaloux, font intervenir leurs parents, se comportent comme des révoltés précoces ;

e. *Les pervers,* qui mentent, accusent faussement, volent, ont des perversions sexuelles, font le mal pour le mal, et se montrent déjà tout à fait inintimidables ;

3° *Parmi les enfants bien doués,* qui sont les premiers dans leur classe, il faut reconnaître ceux qui présentent précocement des

troubles de l'affectivité et manifestent des signes de fragilité cérébrale. Leur valeur sociale est grande, ils constitueront l'élite de la nation. Mais quelques-uns ne répondront pas aux espoirs qu'ils avaient fait naître dans leur enfance. Sans que leur intelligence soit obscurcie ou affaiblie, leur activité sociale sera médiocre ou détournée de son but normal. Ces faits, dont la constatation est journalière, ne s'expliquent que si on donne aux signes de fragilité cérébrale la part importante qui leur revient dans la prophylaxie mentale bien comprise.

A la sortie de l'école, au moment où il faudra prendre une décision pour l'orientation professionnelle de l'enfant, l'orienteur aura besoin encore de tenir compte des renseignements donnés par la neuropsychiatrie infantile

Enfin, à cette époque de la vie individuelle de l'enfant, le rôle de la psychiâtrie n'est pas encore terminé; c'est l'âge de la *puberté* avec son cortège de troubles affectifs, d'exaltation imaginative, de dangers organiques.

De nouveau, avec d'autres procédés plus intellectuels que dans l'enfance, le médecin doit être, pour l'adolescent et pour ses parents, un conseiller prudent et perspicace.

Mais, ces efforts ne doivent pas être accomplis sans sanction. Pour que la sélection sociale ne soit pas une tentative vaine, elle ne doit pas se borner à être sur le papier une classification d'enfants.

Après la classification des enfants, il faut que des moyens soient fournis pour appliquer la décision prise. Il faut un traitement et une hospitalisation pour les malades. Il faut des écoles de perfectionnement pour les débiles, des écoles de réforme pour les pervers, des maisons d'apprentis pour certains déséquilibrés intelligents qui peuvent travailler, acquérir un métier, mais doivent être surveillés.

De la nécessité d'une inspection médicale spécialisée pour les écoliers anormaux (14 pages) (*Congrès d'Hygiène Scolaire*, avril 1921).

L'Inspection médicale scolaire, telle qu'elle a été réglée par la loi de 1886, a prévu la défense de l'école contre la contagion. Puis sous l'action de MM. Mathieu et H. Méry, avec l'aide de la Ligue d'hygiène scolaire et à la suite du rapport de M. Guibert en 1910, l'Inspection médicale scolaire s'est efforcée de réaliser la surveillance individuelle de l'enfant. L'établissement du carnet de santé individuel et les

examens réguliers des enfants permettront de réaliser la surveillance de la santé physique de l'écolier. Certains auteurs ont estimé qu'il serait nécessaire que la fiche sanitaire fût complétée par les examens de spécialistes de tout ordre : oto-rhino-laryngologistes, oculistes, orthopédistes, etc.

En outre, il y a parmi les écoliers un groupe d'enfants, les anormaux psychiques, dont l'examen doit être fait selon une méthode neuro-psychiatrique qui s'éloigne de la médecine générale, et qui n'est pas de la compétence de tous les médecins-inspecteurs scolaires.

Nous avons précisé ce qu'il fallait entendre par « enfants anormaux » et nous rappellerons la définition que nous en avons donnée, et qui complète celle de Régis. Ce sont des « enfants qui, sous l'influence de tares morbides le plus souvent héréditaires, présentent des défectuosités constitutionnelles, d'ordre *intellectuel* et *moral* qui les empêchent de s'adapter spontanément au milieu social ».

En fonction de cette définition, on peut reconnaître les anormaux, dès l'école, à l'un de ces deux caractères, ou, quelquefois, aux deux : 1° leur arriération ; 2° leur nocivité.

Au moment où les désastres matériels et moraux de la guerre posent, nécessitent une réorganisation dans tous les domaines de l'activité sociale, nous pensons que pour résoudre en particulier les problèmes sociaux de l'accroissement de l'aliénation mentale et de la délinquance, il faut les prendre par le commencement. Pour éviter la tuberculose de l'adulte, il faut dépister dès l'école l'adénopathie trachéobronchique de l'enfant ; de même pour éviter l'aliénation mentale et la criminalité de l'adulte il faut dépister dès l'école l'anomalie mentale de l'enfant.

Il faut pour cela compléter l'inspection médicale scolaire, et à la fiche scolaire habituelle, ajouter pour les anormaux une fiche médico-psychiatrique, dressée par des médecins compétents, et s'il est nécessaire, par des médecins-inspecteurs spécialisés.

Nécessité de l'examen médical dans le classement, le traitement et la rééducation professionnelle des enfants arriérés (9 pages) (Congrès International des instituteurs d'enfants arriérés, Paris 1924).

L'examen neuro-psychiatrique est nécessaire pour la désignation et le classement des enfants arriérés à leur entrée à l'école, pour leur

traitement qui doit être combiné à la pédagogie pendant leur séjour à l'école, et enfin pour préciser leur orientation professionnelle à la sortie de l'école. Si le médecin ne peut rien faire sans le concours des instituteurs pour améliorer le rendement social des arriérés, les instituteurs ne peuvent rien faire d'efficace sans le concours du médecin.

Rapport sur les mesures à prendre pour l'Assistance Sociale des anormaux (8 pages) (*Société de Pédiâtrie*, mai 1924).

Après avoir fait la nomenclature des classes et des internats de perfectionnement, des établissements privés, des œuvres, patronages destinés au sauvetage de l'enfance, et agréés par le Tribunal des mineurs, nous insistons sur ce fait que les établissements pour le placement, l'instruction et l'éducation des anormaux sont en nombre insuffisant.

La première mesure à prendre consiste dans le dépistage et le diagnostic des enfants anormaux. Comme conclusion de notre rapport, nous avons proposé le vœu suivant :

1° La commission d'assistance sociale de la Société de Pédiâtrie demande que soient créés dans les hôpitaux d'enfants des consultations de neuropsychiâtrie infantile pour le dépistage, le traitement et le placement des enfants anormaux.

2° Ces consultations seraient faites par des médecins spécialisés choisis par l'Assistance publique, et seraient pourvus du personnel nécessaire, notamment d'une assistante sociale.

3° Adjointes à un service de l'hôpital, elles disposeront d'un certain nombre de lits pour la mise en observation et le traitement nécessaires à certains anormaux.

4° Ces consultations spéciales devront se mettre et rester en relation avec les établissements pédagogiques ou de placement des anormaux : classes ou internats de perfectionnement, asiles d'aliénés, œuvres privées, etc.

5° Une plus grande extension doit être donnée au placement familial des débiles intellectuels simples, non pervers, sous la forme de centres de placement et sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse.

Ce vœu fut voté à l'unanimité par la Société de Pédiatrie. C'est à la suite de la discussion de ce rapport que, par une entente entre la

Faculté de Médecine et le Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, fut créée la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile.

La prophylaxie mentale chez l'Enfant. Assitance aux enfants anormaux (8 pages). **Création d'une consultation de Neuro-Psychiâtrie Infantile** (*Société de Pédiâtrie*, décembre 1925 et *Paris Médical*, 21 octobre 1925).

Pour résoudre les problèmes sociaux de l'accroissement de l'aliénation et de la délinquance, il faut prendre la question par le commencement et dépister précocement l'anomalie mentale chez l'enfant.

Les enfants qui sont adressés à la consultation de neuro-psychiatrie infantile viennent de plusieurs origines.

1° Les uns sont des délinquants confiés par le tribunal des mineurs au Patronage de l'enfance, d'après la loi de 1912 sur les tribunaux pour enfants.

2° D'autres sont amenés directement par les familles ou sont envoyés par les médecins des consultations hospitalières (hôpitaux d'enfants ou hospice de la Salpêtrière).

3° D'autres enfin sont des écoliers dont l'instituteur a reconnu le caractère pathologique de l'arriération ou de l'instabilité qui les empêchent de s'adapter au rytbme normal de la classe.

Quelle que soit leur origine, ces enfants sont tous des anormaux psychiques.

Ces enfants anormaux peuvent être classés en 3 catégories : 1° les débiles, 2° les déséquilibrés du caractère, 3° les pervers.

L'examen de chaque enfant comporte plusieurs temps.

a) L'examen physique, somatique, biologique et neurologique.

b) L'examen intellectuel (tests de Binet et Simon et profil mental).

c) Étude du caractère et des perversions avec confrontation des parents et discussion de l'enquête sociale.

A la suite de cet examen, il est possible d'établir parmi les enfants anormaux venus à la consultation, un classement qui permet de prendre pour chaque enfant un décision pratique de traitement et de placement.

Dans la coordination des divers modes d'assistance, nous estimons que le rôle du médecin doit toujours garder l'importance qui lui

revient dans le diagnostic, le traitement et l'orientation professionnelle de malades du cerveau.

C'est dans cet esprit qu'a été créée la consultation de neuro-psychiatrie infantile. Elle est le commencement de l'œuvre de la prophylaxie mentale chez l'enfant, véritable base de la prophylaxie mentale chez l'adulte et de la lutte médicale et sociale contre la délinquance et la criminalité.

Fonctionnement de la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile de la Faculté de Médecine de Paris (8 pages) (*Presse médicale*, en collaboration avec M[lle] Badonnel. 8 décembre 1927).

La clinique annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, créée par la Faculté de Médecine de Paris et le Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, est un centre de dépistage des anomalies mentales de l'enfant et le premier centre d'observation médico-psychologique d'enfants anormaux et délinquants.

Pendant la première année, les consultations avaient lieu deux fois par semaine. Pendant la deuxième année, les consultations eurent lieu trois jours par semaine ; à partir du mois d'octobre 1927, elles ont lieu tous les jours, sauf le dimanche.

Du mois de juin 1925 au mois de juin 1927, plus de 1 500 enfants ont été examinés. Un certain nombre, du fait de la négligence des parents, de leur éloignement, ou pour toute autre raison, ont été perdus de vue après un unique passage à la consultation ; mais c'est l'exception ; la plupart des enfants sont amenés à la consultation plusieurs fois et suivis de très près au cours du traitement qui leur a été indiqué.

Voici le nombre des malades soumis à notre examen :

De juin 1925 à décembre 1925 : 272.

De décembre 1925 à juin 1926 : 393.

De juin 1926 à décembre 1926 : 296.

De décembre 1926 à juin 1927 : 419.

Ces chiffres ne concernent que les enfants nouveaux venus à la consultation et non leurs différents passages.

Il existe d'autres consultations de neuro-psychiatrie infantile, mais ce qui fait l'originalité de l'organisation créée par la Faculté de Médecine en collaboration avec le Patronage de l'Enfance, c'est que

notre consultation de neuro-psychiatrie infantile fonctionne avec un *centre d'observation* que constitue l'asile temporaire du Patronage.

Admis au centre d'observation, les enfants sont examinés à tous les points de vue : physique, psychologique, biologique.

Sur 565 enfants anormaux examinés :

36 ont été internés.

59 ont été mis dans des maisons de réforme.

32 placées dans des patronages spéciaux de filles.

277 ont reçu un traitement médical.

237 ont été placés par le Patronage.

24 sont restés en observation.

Il est deux catégories de malades auxquels il est particulièrement difficile de venir en aide. Ce sont les épileptiques et les post-encéphalitiques. Les premiers à cause de leurs crises convulsives et de leurs troubles de caractère. Les autres à cause de leurs perversions. Leur utilisation n'est pas réalisée par les modes de placement dont nous disposons. Leur état nécessite une surveillance médicale ; souvent, après avotr échoué dans nos tentatives, nous devons recourir à l'internement qui est, pour ces deux groupes de sujets, une mesure non satisfaisante.

Il existe d'ailleurs des lacunes importantes dans nos moyens d'assistance pour les débiles mentaux, de rééducation pour les instables et de réforme pour les pervers

Nous demandons que le dépistage des enfants anormaux soit fait de façon systématique, dans les écoles, dans les hôpitaux d'enfants et dans les grands centres d'apprentissage. Il est nécessaire aussi d'être pourvu des établissements spéciaux tels qu'ils existent en Belgique, tels que nous avons eu l'occasion d'en voir fonctionner en Allemagne et qui permettent de réadapter socialement une forte proportion des enfants débiles ou pervers. Mais il nous a paru nécessaire de créer d'abord un centre d'observation et de triage où les enfants peuvent être examinés au point de vue biologique et psychologique. C'est ce que nous nous sommes efforcés d'organiser à la Clinique annexe de Neuro-psychiatrie infantile.

Nous croyons avoir déjà réalisé un centre d'observation qui peut soutenir la comparaison avec les centres analogues des pays voisins. Nous recevons souvent la visite de médecins étrangers qui nous déclarent être intéressés par notre service. Il est nouveau en France et la méthode que nous employons pour étudier l'enfant est strictement médicale et psychiâtrique.

Fonctionnement de la clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile et de son centre d'observation (7 pages), en collaboration avec Mlle Badonnel (*Hygiène mentale*, mai 1928).

Du mois de juin 1925 au mois de juin 1928, plus de 2 000 enfants qui ont été examinés. Voici les chiffres qui ne concernent que les enfants nouveaux venus à la consultation.

De juin 1925 à décembre 1925 : 272.

En 1926 : 592.

En 1927 : 669.

Du 1er janvier au 1er juin 1928 : 728.

Admis au Patronage, les enfants en observation sont examinés et réexaminés à tous les points de vue que nous avons indiqués ; en outre, leur conduite de chaque jour est observée par les surveillants du patronage qui nous remettent à leur sujet des notes de renseignements extrêmement précieux. Ainsi au bout d'un séjour de une à quatre semaines, il est possible d'être fixé sur la conduite, les aptitudes, les tendances de chaque enfant.

Ce centre d'observation, le seul qui existe en France, a été conçu et réalisé de façon à pouvoir obtenir un examen approfondi de l'enfant au point de vue biologique et au point de vue social.

En 1927 nous avons examiné 669 enfants qui ont été classés de la façon suivante :

Causes sociales	66
Idiotie et imbécillité	49
Débilité intellectuelle simple	121
Débilité intellectuelle avec troubles du caractère	235
Troubles du caractère sans débilité intellectuelle	80
Perversions instinctives	57
Encéphalite épidémique	15
Epilepsie	40
Démence précoce	5

Au point de vue étiologique nous avons pu déceler de leur anomalie les causes suivantes :

Facteurs étiologiques héréditaires	H Σ	Certaine	83
		Probable	90
		Suspects	97
	Hérédité psychopathique ou névropathique		92
	— alcoolique		41
	— tuberculeuse		22

États acquis	Maladies infectieuses	Encéphalite épidém.	15
		Chorée.	3
		Poliomyélite.	3
		Typhoïde.	1
		Méningite cérébr. sp.	1
	D. P.		5
	Traumatismes.	Trauma obstétrical.	7
		— crâniens non obstétr.	4
		Conditions sociales.	10
Divers	Métis.		1
	Alcoolisme acquis.		1
	Infirme.		1
Étiologie indéterminée.			192

Au point de vue pratique, les décisions suivantes ont été prises à leur égard :

Mesures proposées en 1927 pour 600 enfants venus à la consultation :

Traitement médical dans la famille.	50
Patronages de garçons.	397
Patronages de filles.	26
Maisons de réforme.	27
Internement.	21
En observation.	79

Pour ces 79 enfants restés en observation les mesures suivantes ont été prises :

Traitement dans la famille.	34
Patronages de garçons.	37
Maisons de réforme.	3
Internement.	5

Malheureusement, nous sommes souvent embarrassés pour la mesure à prendre, car nous manquons des moyens de placement nécessaires.

Nous avons étudié parmi les enfants en danger moral ceux qui peuvent être considérés comme pouvant s'adapter le plus difficilement au milieu social, pour des causes morales intrinsèques : les *pervers instinctifs*.

Dans un certain nombre de cas, l'origine des perversions instinctives acquises peut être aisément établie. En ce qui concerne l'encé-

phalite épidémique, ces faits sont bien connus. Il est plus rare de voir apparaître les perversions à la suite d'une maladie infectieuse.

A l'étranger et notamment en Autriche, en Suisse et en Amérique, on reconnaît à presque toutes les perversions instinctives une origine acquise, et l'on en donne une explication psychanalytique.

Une semblable conception n'envisage qu'une partie du problème.

Si l'enfant est né en état d'infériorité physique ou psychique, si l'enfant est soumis à des conflits familiaux par absence, abandon ou remplacement de ses parents naturels, ce n'est pas le fait du hasard. Le conflit familial n'a d'action que sur des individus constitutionnellement tarés, chargés d'une lourde hérédité.

Nous rapportons les résultats de l'enquête étiologique faite à notre consultation de la clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile sur un certain nombre de pervers instinctifs.

Tous n'étaient pas des criminels, mais un grand nombre étaient des délinquants et tous étaient capables d'actes anti-sociaux.

Nous avons établi notre statistique sur 100 observations. Nous avons chaque fois interrogé et examiné les parents, et nous avons porté notre enquête sur les grands parents que nous n'avons pu malheureusement toujours examiner.

Nous avons relevé les réaultats suivants :

Hérédité similaire	32
— syphilitique	18
— alcoolique	8
— tuberculeuse	6
— psychopathique	6
— complexe	11
Cas divers	4
Hérédité n'offrant rien à signaler	15

Dans un tiers des cas, le sujet et l'un de ses ascendants, quelquefois les deux présentent les mêmes perversions.

Nous en rapportons des exemples démonstratifs.

Dans notre statistique nous avons en 18 cas dans lesquels on ne trouve pas d'autre hérédité que l'*hérédo-syphilis* ; il faut y ajouter un certain nombre de cas d'hérédité complexe. Au total, sur 100 pervers, 25 sont des hérédo-syphilitiques. Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité. Nous n'avons tenu compte que des cas où la certitude de la syphilis nous était fournie, soit par une réaction de Wassermann positive, soit par des dystrophies dentaires incontestables, soit par l'existence chez les ascendants d'une affection sur

laquelle aucun doute ne pouvait être émis (paralysie générale, tabes, lésion aortique précoce et non rhumatismale).

Ce chiffre de 25 pour 100 représente d'ailleurs à peu près la proportion d'hérédo-syphilitiques qu'on rencontre chez les enfants psychiquement anormaux, quelle que soit leur anomalie. Dans les statistiques que nous avons faites et qui concernent les 669 enfants examinés à la consultation de la Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile, pendant l'année 1927, 172 sont des hérédo-syphilitiques, soit une moyenne de 25,7 pour 100.

Dans notre travail sur « Enfants anormaux et délinquants juvéniles », nous avons attribué à l'hérédo-syphilis 25 pour 100 environ des cas d'anomalie mentale chez l'enfant.

Notre élève le Dr Male dans sa thèse sur le « rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance », a trouvé que sur 281 malades, la syphilis est entrée en ligne de compte 108 fois, soit dans 38 pour 100 des cas.

Doit-on attribuer un rôle à la syphilis dans la genèse des perversions ? Il nous paraît difficile d'admettre une coïncidence qui se produirait une fois sur quatre. De plus, nous avons quelquefois un criterium fourni par le traitement.

En possession de ces résultats, nous discutons le rôle de la psychanalyse dans l'étude de l'étiologie, et dans le traitement des perversions instinctives.

S'il s'agit de pervers instinctifs, toute psychothérapie, toute psychanalyse et toute éducation ne modifient point les tendances nocives.

Pourtant « l'irréductibilité des tendances ne crée pas la fatalité de l'action » (Dupré). Dans tous les milieux on trouve des pervers instinctifs, mais ne deviennent délinquants que ceux qui ne sont pas encadrés et qui ne sont pas surveillés.

Où échouent psychothérapie et psychanalyse individuelle, les mesures sociales auront un rôle préventif considérable : si elles ne suppriment pas les perversions, elles les empêchent de se réaliser.

On voit que les mesures à prendre contre les manifestations délictueuses et criminelles des pervers instinctifs sont beaucoup moins d'ordre judiciaire et pénitentiaire que d'ordre médical et social.

Les enfants anormaux, intérêt de la question (18 pages) (*Revue philanthropique*, juin 1928).

Dans cet article de vulgarisation, nous montrons l'importance des anomalies psychiques de l'enfance, de l'étiologie des maladies mentales et de la délinquance de l'adulte.

Nous étudions les méthodes à employer pour le dépistage et le triage des enfants anormaux à l'école et les mesures à prendre pour chaque catégorie. Nous insistons sur la nécessité de rendre obligatoire la loi de 1909 sur les arriérés éducables.

Mesures à prendre pour les enfants anormaux. Plan d'organisation (9 pages), en collaboration avec Mlle Serin (*Archives de Médecine des Enfants*, octobre 1928).

L'assistance aux enfants anormaux est à peu près inexistante en France.

Nous ne parlons, dans notre rapport, que des anormaux psychiques, c'est-à-dire des enfants qui présentent des défectuosités d'ordre intellectuel et moral, de nature le plus souvent héréditaire et quelquefois acquise, et qui les empêchent de s'adapter normalement à leur milieu.

Le nombre de ces enfants est considérable. La dernière statistique qui nous a été communiquée par l'Office d'hygiène sociale et dont les éléments ont été recueillis par tous les instituteurs des écoles de France donne les chiffres suivants : 50 000 enfants anormaux dont 30 000 éducables.

En réalité, cette statistique ne porte que sur les arriérés scolaires, qui ne peuvent suivre les classes normales de leur âge par déficit intellectuel ; elle est incomplète et insuffisante, car elle laisse entièrement de côté les anormaux du caractère. Les essais de dépistage que nous avons entrepris dans certaines écoles ont montré, parmi les enfants des écoles, une proportion relativement grande d'enfants anormaux : environ 10 pour 100 ; 5 pour 100 de débiles et 5 pour 100 de déséquilibrés du caractère.

C'est parmi les enfants anormaux que se recrutent en grande partie les vagabonds, les inadaptés, les délinquants dont la société doit assumer la charge, quand elle n'a pas à se défendre contre eux.

Beaucoup de pays : la Belgique, l'Allemagne, l'Amérique, l'Autriche, l'Espagne, sont entrés depuis longtemps dans la voie des réalisations et présentent des organismes dont la France pourrait s'inspirer avec profit.

Toutes les mesures à prendre doivent être animées du principe que les Allemands ont inscrit au début de leur loi sur le bien-être de la jeunesse (1er avril 1924) : « Tout enfant a droit à une éducation qui lui assure un développement physique et moral, ainsi que celui de sa capacité sociale. » Ce droit de l'enfant a être éduqué est un droit civil imprescriptible.

En France, il n'existe presque rien, sauf les Asiles d'Aliénés où sont les services spéciaux pour enfants, quelques organisations pri vées et un certain nombre de consultations de neuro-psychiatrie.

Pour les débiles mentaux il existe seulement deux écoles internats de perfectionnement.

Pour les instables et les pervers au-dessous de 13 ans il n'y a que l'École Théophile Roussel de Montesson.

Enfin, pour les délinquants récidivistes, les colonies pénitentiaires et les maisons de correction.

Le plan de réalisation est facile à tracer, mais, à la base, il comporte une double *obligation :* obligation pour les parents d'accepter les mesures que nécessitent l'éducation et le traitement de leur enfant ; obligation pour les instituteurs d'aider au dépistage des anormaux psychiques dans leur école.

1° Au point de vue pédagogique, il faut commencer par organiser le *dépistage* précoce des anormaux psychiques dont un très grand nombre peut être récupéré s'ils sont traités à temps et convenablement. Les consultations de neuro-psychiatrie infantile doivent être plus nombreuses et mieux réparties.

2° Il est nécessaire d'annexer à la consultation de neuro-psychiatrie infantile un centre d'observation. Dans ce centre seront admis les enfants qui présentent une anomalie ou un trouble nécessitant une mise plus ou moins longue en observation ; avant qu'une décision soit prise, toutes les méthodes d'examen médical, psychologique, sérologique seront employées. Le service social est nécessaire, car il renseigne sur les antécédents de l'enfant et sur son milieu familial.

3° Les organisations de dépistage, en décelant un grand nombre d'enfants à soigner et à assister, rendent urgent le besoin de nouvelles créations. Il n'est pas impossible de créer dans les grandes villes, conformément à la loi de 1909, des *classes de perfectionnement* en plus grand nombre que celles qui existent et des *internats de perfectionnement* du type d'Asnières. Il faut d'abord rendre obligatoire la loi de 1909 sur les anormaux éducables.

4° Pour les enfants difficiles, on pourrait utiliser dès maintenant les *maisons de correction* qui existent. Mais il faut en changer l'esprit,

la méthode et le personnel. Pour cette œuvre de rééducation, il est nécessaire, comme le demande M. Rollet, que les maisons de correction soient retirées au Ministère de la Justice pour être confiées au ministère de l'Instruction publique et de l'Enseignement technique.

5° Enfin, pour traiter les enfants anormaux, il est possible d'utiliser les services déjà existants, ceux de Perray-Vaucluse, de l'Institution Vallée et de Moisselles, en supprimant la formalité du certificat d'internement et en transformant ces services fermés en *services ouverts*. Au lieu d'être de simples garderies, ces services pourraient remplir leur véritable destination de maison de redressement, de rééducation et d'assistance.

Pour donner leur plein rendement, ces organismes, ou, tout au moins, certains d'entre eux, doivent pouvoir recevoir des enfants provenant de toutes les régions de la France sans avoir à tenir compte du bon vouloir des municipalités.

Il s'agit d'une œuvre d'assistance d'intérêt national qui risquerait d'être entravée dès ses premiers pas si elle devait être limitée par des facteurs locaux.

Méthodes de dépistage des anormaux psychiques dans une école de la Ville de Paris (4 pages), en collaboration avec M. Lahy (*Congrès de Psychotechnique*, de 1927).

La collaboration d'un psychologue et d'un psychiâtre rend plus rapide, plus facile le dépistage des anormaux psychiques. Les tests collectifs du psychologue permettent d'établir rapidement le nombre d'enfants qui sont au-dessous d'une certaine moyenne intellectuelle. L'examen par le psychiatre de chacun des enfants qui sont au-dessous de cette moyenne permet de préciser la cause de leur insuffisance.

Ces tests collectifs du rendement intellectuel peuvent dans certains cas être intéressants pour dépister aussi les troubles du caractère. En effet, un certain nombre d'enfants ont un mauvais rendement scolaire, moins à cause de leur insuffisance intellectuelle que de leurs troubles du caractère.

Une seconde méthode peut être employée pour le dépistage des troubles du caractère. C'est celle des tests affectifs dont les résultats sont contestables.

La troisième méthode à laquelle nous nous sommes arrêtés, consiste à faire désigner par l'instituteur les enfants qui pour une raison

quelconque contreviennent aux règles et à la discipline de l'école. Une note succincte peut être remise aux instituteurs pour leur indiquer les réactions qui correspondent habituellement aux divers troubles du caractère.

Résultats du dépistage des anormaux psychiques dans une école de la Ville de Paris (6 pages), en collaboration avec M[lle] Serin (*Congrès de Psychotechnique*, Paris, 1927).

En appliquant les méthodes dont nous avons précisé la technique avec M. Lahy, nous avons examiné tous les enfants de l'école primaire de la rue de Lesseps.

Nous avons constaté que sur 261 enfants on pouvait compter environ 5 pour 100 de débiles intellectuels, éducables, dont la place est dans les écoles ou internats de perfectionnement. 5 pour 100 encore qui présentent des troubles du caractère ne leur permettant pas de s'adapter spontanément à la discipline de l'école. Parmi les enfants présentant des troubles du caractère, 3 sont des émotifs qui devraient recevoir des soins à une Consultation spéciale de neuro-psychiatrie infantile, 2 sont des intermittents dont l'examen médical explique les variations périodiques du rendement scolaire; 4 sont des instables qui ont besoin d'une surveillance particulière et dont la place serait plutôt dans une maison de rééducation; un est un épileptique qui doit être soigné et 2 sont des pervers qui devraient être séparés des enfants normaux.

L'enfant vagabond (15 pages) (*Le mouvement sanitaire*, septembre 1928 et *Thèse* Néron, Paris, 1928).

Avec le D[r] Néron nous avons étudié l'*enfant vagabond* tant au point de vue étiologique qu'au point de vue médico-légal.

Les causes sociales, habitation des parents, emplacement, conditions familiales, ont une grande importance dans le vagabondage de l'enfant et pourtant elles ne peuvent expliquer entièrement qu'un petit nombre de cas; elles agissent plutôt comme facteur d'aggravation des causes psychiques. Celles ci sont de beaucoup les plus importantes.

D'abord il existe quelques cas, peu fréquents, de vagabondage dus à des psychoses infantiles : démence précoce, encéphalite épidémique, épilepsie.

Dans la débilité intellectuelle, le vagabondage est dû le plus souvent à la suggestibilité du sujet qui est entraîné par le mauvais exemple de ses fréquentations.

Ce sont les troubles du caractère qui sont la principale cause du vagabondage de l'enfant : l'instabilité, les tendances paranoïaques, les perversions intinctives sont les éléments essentiels du déterminisme du vagabondage.

La fréquence de ces troubles psychiques nécessite l'examen médical de tout mineur vagabond.

Le vagabondage est un délit : loi de 1921. C'est le délit mineur qui est le début de tous les autres. C'est au moment où l'on constate les premières réactions anti-sociales de l'enfant qu'il faut agir si l'on veut éviter une aggravation de la délinquance.

Mais on ne peut pas prendre la même mesure pour un débile intellectuel, pour un pervers instinctif et pour un enfant normal arrivé au vagabondage par abandon moral ou par chômage. Il faut donc soumettre tous les enfants vagabonds à l'examen médico-psychologique.

De plus il faut multiplier le nombre des assistantes sociales qui permettent de fournir au magistrat et au médecin les renseignements indispensables sur le milieu et la famille du vagabond. C'est par la collaboration du médecin, du magistrat et de l'assistante sociale que pourra être prise la décision opportune pour le placement, le traitement et la rééducation de l'enfant vagabond.

L'assistance aux enfants psychopathes en Allemagne (14 pages), en collaboration avec M. Gilbert Robin (*Siècle Médical*, octobre 1927 et *Revue d'Allemagne*, mai 1928).

A la suite de notre voyage en Allemagne, nous avons rapporté les résultats de notre enquête sur l'assistance aux enfants psychopathes. Elle est conçue à un point de vue médical et social. Elle est possible grâce à l'organisation du Bureau de l'enfance, rattaché directement au ministère de l'Intérieur, et à une série de lois, notamment celle de 1922 pour le bien-être de la jeunesse. Le *Jugendamt* se charge de

l'examen médical, du triage, du traitement dans les établissements spéciaux.

Un certain nombre des établissements que nous avons visités nous paraissent répondre tout à fait à leur but.

On jugera de l'effort allemand pour l'amélioration de l'enfance psychopathique par cette constatation que, de 1880 à 1909, sept établissements ont été créés, dix-huit de 1909 à 1919, quarante-deux de 1920 à 1925 et seize en 1926 et 1927, ce qui fait au total quatre-vingt-trois.

LES ENFANTS DÉLINQUANTS

Nécessité de l'examen médical pour tous les enfants délinquants (6 pages) en collaboration avec M[lle] BADONNEL (*Congrès de Médecine légale*, 1926).

Nous avons examiné 78 enfants délinquants qui ont été confiés par le Tribunal des mineurs au Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, soit avant, soit après le jugement. Ces 78 enfants ont pu être classés de la façon suivante :

Malades. — 8, parmi lesquels : 2 paralysies infantiles avec débilité intellectuelle ; 2 encéphalites.

Ces 4 malades ont été envoyés à l'hôpital et seront vraisemblablement placés dans des asiles d'infirmes.

4 autres ont été internés : 1 dément précoce ; 1 épileptique ; 1 débile mental grave ; 1 pervers, récidiviste irréductible, fou moral.

Débiles intellectuels (en retard de deux ou trois ans sur les enfants normaux de leur âge) : 27.

Instables : 20.

Pervers instinctifs : 13.

Pervertis ou victimes d'abandon moral et d'une mauvaise éducation : 10.

Si nous ramenons à 100 de façon à avoir des proportions permettant des comparaisons, nous trouvons :

Malades hospitalisés : 5,5 pour 100.

Aliénés internés : 5,5 pour 100.

Débiles intellectuels : 35 pour 100.

Instables : 24 pour 100 ; pervers 17 pour 100 ; total 41 pour 100.

Pervertis : 13 pour 100.

Nous avons voulu montrer qu'il est nécessaire de faire un examen psychiâtrique de tous les enfants qui passent au tribunal des mineurs.

Nous n'avons vu qu'un petit nombre d'entre eux. Mais nous estimons qu'il est possible de faire pour tous un examen qui permettra

d'établir un diagnostic et un pronostic précis, et de prendre la mesure qui convient à chaque cas.

A la suite de notre communication, fut émis le vœu que soit institué d'une façon systématique l'examen médico-psychologique de tous les enfants délinquants.

Technique de l'examen médico-psychologique des enfants délinquants (8 pages) (rapport au Comité de l'Enfance et *Journal d'hygiène mentale*, juillet 1927).

L'examen psychiâtrique des enfants délinquants doit comporter plusieurs temps :

1° une enquête sociale sur le milieu familial faite par une assistante sociale et l'interrogatoire direct des parents par le médecin ;

2° la communication du dossier d'instruction ;

3° l'examen de l'enfant à un quadruple point de vue :

a) les antécédents héréditaires et personnels,

b) l'examen physique, viscéral, neurologique et biologique,

c) l'examen intellectuel par les tests de Binet-Simon,

d) l'examen du caractère avec appréciation des troubles ;

4° le classement de l'enfant dans une catégorie précise :

a) enfants normaux, victimes du milieu social,

b) débiles intellectuels, avec appréciation du degré de débilité,

c) malades à soigner dans un hôpital (épileptiques ou encéphalitiques),

d) déséquilibrés du caractère (émotifs, intermittents, instables, pervers instinctifs).

Une proposition doit être faite par le médecin au Tribunal selon la catégorie à laquelle appartient l'enfant.

Ce fut cette méthode qui fut adoptée dans l'expérience faite à la Petite-Roquette par MM. Roubinovitch, Paul-Boncour et nous-même.

Examen médico-psychologique des enfants délinquants (4 pages), en collaboration avec M. Roubinovitch et M. Paul-Boncour (*Congrès de médecine légale*, juin 1927).

Lorsque l'autorisation ministérielle nous fut donnée de pratiquer

l'examen médico-psychologique des enfants mineurs de la Seine en prévention à la Petite Roquette, nous avons exposé au Congrès de médecine légale de Lyon quelle serait la technique de notre examen.

Elle comporte trois temps essentiels :

1° l'enquête sociale ;

2° la consultation du dossier judiciaire ;

3° l'examen médico-psychologique.

Nous exposons ensuite les diverses mesures à prendre et les propositions à faire par le médecin selon la catégorie dans laquelle doit être placé l'enfant examiné.

Résultats de l'examen médico-psychologique des mineurs délinquants du département de la Seine (16 pages), en collaboratioo avec M. Roubinovitch et M. Paul-Boncour. (Rapport á M. le Ministre de la Justice et Congrès de médecine légale, 1928).

Dans cette étude, nous donnons les résultats du fonctionnement du service d'examen médico-pédagogique établi pour la première fois à la Petite-Roquette pendant l'année judiciaire 1927-1928.

L'examen avait porté sur 300 garçons mineurs.

Les constatations sont de divers ordres :

Nous pouvons les classer d'après les rubriques suivantes :

I. — Nature et fréquence des délits et crimes juvéniles ;

II. — Causes provocatrices ou déterminantes les plus fréquentes de ces délits et crimes ;

III. — Etat mental des mineurs délinquants ;

IV. — Mesures de préservation et de défense sociale suggérées par les constatations de l'examen médico-psychologique :

V. — Influence de cet examen sur la durée de la détention préventive des mineurs à la Petite-Roquette.

Nos recherches arrivent aux constatations suivantes :

Normalité mentale : 54 fois (29 pour 100).

Instabilité mentale simple : 94 fois (31 pour 100).

Instabilité mentale avec débilité mentale et troubles marqués du caractère : 87 fois (29 pour 100).

Débilité mentale (niveau mental inférieur de 2 ou 3 ans) : 53 fois (18 pour 100).

Epilepsie : 10 fois (3,5 pour 100).

Encéphalite : 1 fois.

L'expérience poursuivie par nous pendant l'année judiciaire 1927-1928 et qui a permis d'examiner médicalement, psychologiquement et socialement 300 garçons mineurs délinquants de la région parisienne a donné des résultats suffisamment démonstratifs pour que les magistrats eux-mêmes aient demandé la généralisation de cet examen à tous les délinquants qui passent devant le Tribunal des Mineurs.

Nous terminons notre communication en indiquant les mesures qui nous paraissent nécessaires pour rendre cet examen systématique et efficace. Nous insistons surtout sur la nécessité d'une maison d'observation permettant de procéder à un examen suffisant, aux enquêtes sociales et aux recherches médico-psychologiques.

Délinquance infantile et juvénile (30 pages) (*Journal médical français*, juillet 1929).

Dans cet article, nous étudions dans un premier chapitre les divers types d'enfants délinquants et dans un second chapitre, leurs délits et leurs crimes.

Nous terminons par l'étude des mesures prises et à prendre pour remédier à la délinquance infantile et juvénile. Toutes les mesures prises en faveur de l'enfance en danger moral diminueront la délinquance de l'adulte.

Mesures de protection en faveur de l'enfance en danger moral (4 pages) (*Paris médical*, 17 novembre 1928).

Toutes les mesures destinées à protéger l'enfant contre les dangers qui le menacent, et à l'amender quand il s'est rendu coupable d'un délit, ont trouvé leur complète application dans la loi du 22 juillet 1912, sur les tribunaux pour enfants et adolescents et sur la liberté surveillée. Cette loi a été complétée par celle de 1921 sur l'extension de la déchéance paternelle, et celle de 1923 sur l'abandon de famille.

Dans toute cette législation, deux principes sont prépondérants : l'enfant malheureux doit être protégé, le mineur délinquant doit être rééduqué.

Les juges du tribunal pour enfants du département de la Seine ne

sont pas nombreux, et il leur est pratiquement impossible de faire eux-mêmes une instruction ou une enquête approfondie sur les cas souvent difficiles qui leur sont soumis.

Le *Service social de l'enfance en danger moral* a été créé en mai 1923 à l'instigation des juges du tribunal de la Seine pour enfants, MM. Rollet et Aubry, et à l'imitation du service similaire qui existe en Amérique.

Le service social de l'enfance en danger moral a collaboré à l'expérience faite par le Dr Roubinovitch, le Dr Paul-Boncour et nous-même à la Petite Roquette dans l'examen médico-psychologique au cours de l'année judiciaire 1927-1928.

Cette expérience a paru assez démonstrative aux Pouvoirs publics pour que soit récemment décidé par le ministère de la Justice et l'administration pénitentiaire de rendre obligatoire l'*examen psychiatrique de tous les enfants délinquants*, filles et garçons, qui passent devant le tribunal des mineurs. L'initiative privée a remporté, par la force même de sa démonstration, l'adhésion des Pouvoirs publics.

L'examen médico-psychologique des enfants délinquants nécessitera un *centre d'observation* analogue à celui qui a été créé par la Faculté de Médecine et le Patronage de l'Enfance en 1925.

Des œuvres comme le Service social de l'enfance, le Patronage de l'enfance et de l'adolescence, l'Armée du Salut et d'autres encore ont montré aux Pouvoirs publics, par les résultats obtenus, qu'il vaut mieux amender que punir, prévenir que sévir. Il faut surtout qu'une sélection très soigneuse soit faite des enfants normaux et des psychopathes. Puis il faudra réaliser ce qui est encore à faire entièrement : les mesures de traitement et de rééducation pour les anormaux de l'intelligence et du caractère.

ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Le rôle du médecin scolaire dans l'orientation professionnelle de l'écolier (5 pages) (*Bulletin médical*, 27 mai 1922).

La question de l'orientation scolaire est actuellement à l'ordre du jour dans tous les pays d'Europe et d'Amérique.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'examen médical est à la base de l'orientation professionnelle.

Le rôle du médecin consiste d'abord dans la recherche des contre-indications physiques. Mais son rôle n'est pas seulement un rôle de contre-indication. Le médecin doit donner son avis aussi sur les aptitudes sensorielles et motrices de chaque enfant et surtout sur le caractère qui dirige l'adaptibilité.

Le médecin scolaire a un rôle important dans l'orientation professionnelle de l'écolier. Dans ce but, il doit dresser pour chaque enfant une fiche médico-psychologique et s'intéresser au développement intellectuel de l'enfant comme il s'intéresse au développement physique.

Quelques résultats de l'orientation professionnelle dans une école publique de la Ville de Paris (4 pages), en collaboration avec M. Lauy (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Paris, 1925).

Le *Comité de l'Ecole à l'Atelier* a organisé, avec le concours du *Service de Prophylaxie mentale,* l'orientation professionnelle des enfants de l'école publique de la rue de Lesseps.

Au lieu de faire de l'orientation professionnelle « en nappe », c'est-à-dire sur de gros effectifs, avec des ressources réduites en personnel et en matériel, nous avons préféré faire de l'orientation professionnelle « en profondeur », c'est-à-dire en poussant aussi loin que possible l'examen de chaque enfant.

Les renseignements que nous donnons se réfèrent à 89 enfants qui

sont sortis de l'école pendant la période de juillet 1922 à juillet 1924. Sauf quelques enfants sortis de classe en cours d'année sans être conseillés, et qui constituent comme une population flottante à peu près insaisissable, ces 89 sujets forment tout l'effectif orientable.

Mais là ne s'est pas bornée notre œuvre. Nous avons voulu préparer l'orientation de l'avenir, faire par avance la sélection des bien doués, dépister les signes de morbidité précoce de tous les enfants de l'école, surtout en ce qui concerne leur fragilité mentale et nerveuse. Notre collaboration avec l'école a donc dépassé les limites ordinaires de l'orientation professionnelle : elle s'est étendue à une véritable sélection sociale.

Les résultats obtenus peuvent être résumés de la façon suivante : tous les enfants dont les parents ont suivi nos conseils d'orientation sont restés dans leur profession. Tous les enfants dont les parents n'ont pas voulu suivre nos conseils ont changé de métier dans l'année qui a suivi leur sortie de l'école.

Tempérament et caractère (5 pages), en collaboration avec M[lle] Serin (*Congrès de Psychotechnique d'Utrecht*, septembre 1929).

Au Congrès de Psychotechnique qui avait lieu à Paris en 1927, nous avons insisté sur l'importance du caractère dans la détermination du choix d'une profession et dans le rendement social de l'individu. Nous avons insisté sur ce fait que le caractère, plus que les qualités intellectuelles, conditionne le succès ou l'échec dans une profession déterminée.

L'étude de l'intelligence par les tests ou par un profil mental ne donne pas une représentation suffisante de la personnalité de l'individu. Il est nécessaire d'étudier le caractère par des moyens appropriés avant d'orienter un sujet dans une profession.

Mais il faut s'entendre sur la valeur des termes. Le tempérament représente la constitution physique du corps humain, le résultat pour l'organisme de la prédominance d'un organe ou d'un système.

Faute de criterium suffisant, la notion de tempérament doit être actuellement abandonnée, sous peine de se laisser aller à l'imagination et à la fantaisie.

Le caractère a une définition plus précise : c'est une tendance constitutionnelle de nature affective qui dirige les réactions de l'individu aux conditions du milieu extérieur.

Après avoir discuté la classification simpliste en caractères syntone et schizoïde, nous indiquons les divers types de caractères que l'observation psychiatrique permet de reconnaître.

Pour déterminer un classement des enfants selon le caractère, trois méthodes peuvent être employées :

La méthode des tests affectifs;

La désignation par l'instituteur;

L'examen psychiâtrique habituel.

Les résultats que nous avons obtenus depuis cinq ans par la méthode psychiâtrique montrent la nécessité de l'association du psychiâtre et du psycho-technicien.

Signes de fragilité cérébrale chez les enfants bien doués (6 pages) (*Journal de Prophylaxie mentale*, juin 1925).

Il importe de préciser précocement chez les enfants bien doués des écoles leurs troubles du caractère. Chez les enfants dont l'intelligence est normale ou supérieure, c'est le caractère qui peut être responsable du mauvais rendement scolaire ou social. Or, les enfants bien doués constituent l'élite de la nation. Il importe donc, quand il en est temps encore, de remédier aux troubles qui peuvent, à l'âge adulte, être générateurs de maladies mentales déterminées, et qui sont à la base des psychoses constitutionnelles.

V. — DIVERS

Un hôpital auxiliaire à Philippopoli (6 pages, 4 fig.) (*Le Caducée*, 19 avril 1913).

Trois mois dans les Balkans (*Journal mensuel du médecin et du chirurgien*, juin 1913).

Quelques souvenirs des Balkans (8 pages, 6 fig.) (*L'Orient*, février 1914).

Nous relatons dans ces articles les souvenirs de notre mission en Bulgarie lors de la première guerre balkanique de 1912-1913.

Nous indiquerons seulement la conclusion de notre article du *Caducée*.

« Au point de vue de la nature des blessures et de leurs complications, nous voyons que ces mots reviennent toujours : suppuration, gangrène. Ne semble-t-il pas que ce soit le bilan des guerres napoléoniennes ?

« Le service de santé militaire français n'a rien à imiter dans l'organisation du service de santé bulgare au cours de cette guerre. Ce n'est pas dire qu'il n'y ait aucun enseignement à tirer des faits que nous rapportons.

« Dans une guerre européenne notre service de santé aura à lutter contre les même difficultés que les Bulgares pour le relèvement des blessés et leur évacuation.

« Il n'est point certain d'avance que les résultats que nous obtiendrons soient bien meilleurs que ceux qu'ont obtenus les Bulgares.

« Au cours des batailles modernes, comme Lule-Bourgas, où les combats d'artillerie durent plusieurs jours, où la progression des troupes se fait lentement de retranchement en retranchement, où les

attaques de l'infanterie se font surtout la nuit, il est possible que le relèvement systématique des blessés soit un leurre. On peut craindre encore que seuls seront soignés ceux qui pourront gagner eux-mêmes l'ambulance. »

Pour qui a vu les débuts de la guerre de 1914, on voudra bien reconnaître que nos prévisions étaient justes.
